الأسرة ومشكلات الأبناء

دكتور
حسن مصطفى عبد المعطى
أستاذ الصحة النفسية
وكيل كلية التربية - جامعة الزقازيق
لشئون التعليم والطلاب

دار السحاب
للنشر والتوزيع - القاهرة

حقوق الطبع محفوظة
الطبعة الأولي
٢٠٠٤



دار السحاب للنشر والتوزيع

---

٨ شارع المدينة المنورة - النزهة الجديدة - القاهرة
ت : ٦٢٢٤٩٥٧ (٠٢) - محمول ٠١٠١٦٨٨٦٦٧
E- mail;darelsahab@hotmail.com

بسم الله الرحمن الرحيم

وَلْيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكُوا مِنْ خَلْفِهِمْ
ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ
وَلْيَقُولُوا قَوْلاً سَدِيدًا سورة النساء- الآية : ٩

مقدمة

الأسرة هى الخلية الأولى للحياة الاجتماعية، وهى أولى الجماعات التى يحتك بها الطفل، انها مسرح التفاعل الذى يتلقى فيه الطفل معالم التنشئة الاجتماعية : ففيها - يتلقى أفرادها قيم المجتمع وعاداته وتقاليده بحيث تخلق فى كل فرد كائناً اجتماعياً ، وهى المدرسة الاجتماعية التى تعلم الطفل الأساليب السلوكية الملائمة للمواقف الاجتماعية، وهى وحدة التوجيه التى تطبع شخصية الطفل بطابعها ، اذ يتخذ الطفل من سلوكياتها وقيمها وعاداتها وطرق عملها اطاراً مرجعياً لتقييم سلوكه وسلوك الآخرين بما اكتسبه داخلها من قيم ومعايير ، وهى الممثل الأول للثقافة، وهى المدرسة التى تنقل إلى الطفل تعاليم الدين وتهذبه وتزوده بالأخلاق.

والأسرة بما تتسم به من صفة الديمومة تعد الأمين الأول على صحة الطفل الجسمية والنفسية بما توفره من فرص النماء الجسمى والصحى والنفسى - اذ تمتلك الأساس القوى والحاسم فى وحدة المشاعر والميول والاتجاهات والتوافق والانسجام، واشباع حاجات الفرد للحماية والأمان والانتماء والانجاز ، والاحساس بالعواطف والمشاعر الوجدانية التى يجد الفرد فى أحضانها الراحة والسكينة والدفء والحنان .

غير أن التنشئة الأسرية تختلف باختلاف ظروف كل أسرة وما يسودها من اشباعات أو احباطات تختلف باختلاف تركيب الأسرة، وظروفها الاقتصادية والاجتماعية، وباختلاف حجم الأسرة ، والترتيب الميلادى للطفل ، وجنسه ، وباختلاف العلاقات السائدة بين أفراد الأسرة مما ينعكس بدوره على الأبناء وظهور المشكلات النفسية كرد فعل لظروف التنشئة الأسرية غير السوية. فالطفل الذى يتوفر له قدر ملائم من الاشباع يشعر بالسعادة ويمكن بتوحده بوالديه أن يحقق النجاح فى مستقبل حياته ، فى حين أن الطفل الذى يشعر بالنبذ أو الخوف أو يتعرض للعقاب أو الايذاء البدنى من الآباء - لاشك أن ذلك يخلق فيه شخصية غير متوافقة.. ولاشك أن أساليب الوالدين فى التنشئة تختلف باختلاف شخصية كل منهما وخبراتهما والجو الانفعالى السائد فى علاقتهما ببعضهما البعض، وقد يؤدى الصراع بينهما الى ظهور توترات قد تصل الى الطلاق مما ينعكس على شخصية الأبناء .

ومن خلال الأحداث الجارية فى حياة الأسرة - لامفر من أن يمر جميع الأعضاء ببعض مظاهر الفشل أو الاحباط مما يكون مصدراً لاثارة الغضب أو الخوف أو معاناة الألم أو الاحساس بالكراهية . ومن المسلم به أن ذلك ينعكس على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة بعضها البعض وعلى أساليب تنشئة الأبناء . وعلى الرغم من قيمة دور المرأة فى التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، الا أن خروج المرأة الى سوق العمل وما يترتب عليه من أعباء تلقى على عاتقها فى العمل دون وجود أى تنازل عن دورها فى تربية أبنائها والقيام بأعباء منزلها فان الأمهات يواجهن - فى الأغلب والأعم - صراعاً فى الأدوار نتيجة تحملهن لأعباء متنوعة تنعكس بقصد أو بدون قصد على أدورهن وعلى العلاقة بين الأم والأبناء وعلاقة الزوجة بزوجها.

ان مثل هذه الظروف المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية وظروف الأسرة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمشكلات الأبناء. ومن ثم فان الكتاب الذى بين يدى القارئ يتناول هذه القضية الحيوية لمساعدة الآباء والمربين فى مراعاة ظروف التنشئة الاجتماعية السوية، والتعرف على المشكلات النفسية التى يمكن أن تظهر لدى الأبناء ، وكيفية مواجهة وعلاج هذه المشكلات قبل تفاقمها. ولذلك فان الكتاب يقع فى سبعة فصول.

يتناول الفصل الأول : مقومات النظام الأسرى ، موضحا منهج النظم وخصائص الأسرة كنظام حيوى، ومقومات التوافق فى النظام الأسرى. ويتناول الفصل الثانى : التفاعل بين الوالدين والطفل موضحاً : أساليب تربية الطفل ، وأساءة معاملة الأبناء، ونمو التعلق بالوالدين - وذلك فى سياق عملية التنشئة الاجتماعية.. والفصل الثالث يتناول : عمل الأم والمشكلات الأسرية فيعرض لدوافع عمل الأم ، وتأثير ذلك على العلاقات الزواجية للأمهات العاملات ، وتأثير عمل الأم على نمو الطفل، والتخطيط لرعاية أطفال الأمهات العاملات. والفصل الرابع يتناول : الطلاق ومشكلات الأبناء موضحاً انعكسات الطلاق على شخصية الأبناء، والتدخل الارشادى العلاجى لتخفيف الصراعات والاحباطات الناتجة عن الطلاق. فى حين يتناول الفصل الخامس : الأسرة وتعاطى المخدرات مبتدءاً بتعريف المخدرات وأنواعها ودور الأسرة والبيئة ومكونات الشخصية فى تعاطى المخدرات، إلى جانب توضيح دوز الأسرة فى الاكتشاف المبكر لعلامات الادمان، ودورها فى الوقاية من الادمان وعلاجه داخل الأسرة . أما الفصل السادس فيتناول الأسرة والاعاقة ،

متناولا ردود فعل الوالدين ازاء اكتشاف اعاقة أحد الأبناء، وموضحاً حاجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وحاجات الوالدين والأخوة وكيفية مواجهتها. وأخيراً فان الفصل السابع يتناول الأسرة والمرض النفسى فيوضح الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسيين والخدمات التى تحتاجها هذه الأسرة ، ودور علم النفس فى مساعدة أسر المرضى النفسيين.

والله نسأل أن يستفيد من هذا الكتاب جميع أفرادالأسرة لما لكل فرد فيها من دور فى تحقيق الصحة النفسية للأبناء . والتعرف على المشكلات التى تظهر فى مرحلة الطفولة نتيجج للأزمات الأسرية ، وكيفية مواجهتها وعلاجها من أجل خلق جيل صاعد خالى من المشكلات والاضطرابات النفسية يسهم فى مستقبل حياته فى نهضة ورفعة مصرنا العزيزة

والله ولى التوفيق

المؤلــف



الفصل الأول
مقومات النظام الأسرى

- مقدمة .
- الأسرة كنظام :
  - منهج النظم .
  - خصائص النظم .
  - خصائص النظام الأسرى .
- التوافق فى النظام الأسرى :

أولاً : التوافق الزواجى .

ثانياً : توافق النظام الأسرى المنبثق.

مقدمة

الأسرة هى أقدم المؤسسات البشرية وأكثرها ثباتاً . فقد شهدت قيام وسقوط المدنيات ، والامبراطوريات ، والحروب ، والمجاعات ، وأمراض الطاعون ، والانكماش، وفترات الانحسار. وتشير الأسرة بالمعنى الضيق إلى وحدة قرابة أساسية ، وهى فى أصغر وحدتها وهو الشكل النووى nuclear تتألف من الأم والأب والأبناء ، وقد تشير بمعنى أوسع إلى الأسرة الممتدة extended والتى تشتمل على الأجداد وأبناء العم أو الخال والأبناء – أى أنها تشمل كل خلف أو نسل جد أعظم مشترك بزوجاتهم وأزواجهم ، جميعهم يسلكون كوحدة اجتماعية معترف بها.

ويشير نمط الأسرة Family Pattern إلى نوعية من العلاقات بين الوالدين أو بين الوالدين والأطفال تميز أسرة معينة . وأنماط الأسرة تتفاوت تفاوتاً كبيراً فى الأسلوب الانفعالى وفى اتجاهات الأعضاء بعضهم نحو البعض الآخر : فبعض الأسر تتسم بالدفء الانفعالى والبعض الآخر يتسم بالبرود . ونجد أعضاء بعض الأسر متباعدين وأعضاء أسر أخرى نوى علاقة حميمة تكافلية ، وبعض الأسر منفتحة للأقارب والأصدقاء ، بينما نجد أسراً أخرى منغلقة، وفى بعض الأسر نجد طفلاً أو أكثر محبوبين ويجدون تقبلاً ، وفى أسر أخرى نجد طفلاً أو أكثر معرضين للنبذ . (جابر عبدالحميد جابر، علاء الدين كفافى : ١٩٩٠).

الأسرة كنظام

سنقوم فى هذا الفصل بالقاء الضوء على الأسرة كنظام The Family as a system والمحيط الاجتماعى الذى تقوم فيه الأسرة بدورها وتكمن فيه أهداف هذا الدور ، كيف تتشكل الأسرة ، وما الذى تتطلبه ، وماذا يحدث عندما يأتى فرد جديد للأسرة (وهو الطفل) . وماذا نعنى بكلمة نظام ، وكيفية تطبيق منهج النظم على الأسرة والعوامل والعمليات التى تكون الأسرة وتؤثر فيها.

والنظام الأسرى : نظام اجتماعى أساسى هام لبقاء المجتمع، ويشكل نسقاً

من الأدوار الاجتماعية المتصلة والمعايير المنظمة للعلاقات بين الزوجين مع تنشئة الأطفال وبناء العلاقات القرابية .. وتعتبر الأسرة شكل مصغر للمجتمع حيث أنها تقوم بتوسيع معاييرها وقيمها وتوقعاتها للأفراد الذين يعيشون فيها، وتقوم بتوسيع وتعديل القواعد والاجراءات لتنظيم سلوك أفرادها وفقاً لتلك المعايير للابقاء على النظام ذاته .

وفى بعض الأحيان يجد الزوجان اللذين لديهما أطفالاً أن أصدقاءهم الذين لا أطفال لهم ينقصهم التفاهم العاطفى عن حاجات وطبيعة الأطفال والوالدية . وقد يؤدى ذلك إلى تغيير فى أنماط الصداقة، وينهى أسلوب حياة كان مستقلاً نسبياً وخالياً من الهموم . وقد تتغير حاجات السكن تغيراً جوهرياً . فالشقة الصغيرة الكافية تصبح غير كافية. والسيارة الرياضية ذات المقعدين لم تعد عملية نظراً لأن المكان المطلوب للطفل يمكن أن يفرض وسيلة انتقال أكبر وأكثر عملية .

منهج النظم :

ان الأنماط المتناسقة المستمرة التى تمثل أسلوب الأسرة تجعلنا نلقى الضوء على الأسرة كنظام . ونعنى بكلمة نظام System "ترتيب مجموعة من الأشياء المرتبطة أو المتصلة ببعضها لتشكيل وحدة أو كل منظم بالدرجة التى تجعله يحافظ على تكاملة ودوامه". أو أنه مجموعة من العلاقات المتبادلة المترتبة والدائبة بين أجزاء كل واحد ، كما أنها كافة العناصر التى تعمل معاً لتؤدى وظيفة بعينها. ومن وجهة نظرنا فان أفراد الأسرة يرتبطون ببعضهم البعض لتشكيل وحدة هيكلية ككل أكبر من مجموع أجزائه .

ويعد منهج النظم طريقة لدراسة أنماط العلاقات والتفاعل بين المكونات لفهم أفضل لوظائف الوحدة ككل .. وفى الهندسة البشرية يقصد به : اكتشاف مصادر الخطأ أو التباين فى نسق ما ، وقياس هذه الأخطاء، وتدبير عناصر تحسين أداء النسق أو النظام .. وتمثل بحوث النظم : استقصاء يوجه نحو استكشاف المبادئ العامة التى تنطبق على تصميم وتطوير النظم الجديدة - بما فى ذلك تلك التى يكون الأفراد جزءاً منها - ومن ثم تشمل طبائع الناس فى علاقاتهم ببعضهم وبالأدوات

المستخدمة" . (كمال دسوقى :١٩٩٠).

إننا لا نريد من خلال استخدام هذا المنهج فقط ملاحظة سمات وأداءات كل مكون ولكن أيضاً نريد تركيز الانتباه على كيفية أداء كل مكون فيما يتعلق بمكونات النظام الأخرى . ومن ثم : فان أشد اهتمامنا بالتفاعلات والعلاقات الموجودة فى الوحدة ، وبالتالى فان وظيفتها ككل يتم فهمها بشكل أفضل – ولذلك : فان تطبيق هذا المنهج على الأسرة يعنى أننا لانريد ملاحظة سمات وسلوك كل فرد من أفراد الأسرة، ولكننا أيضاً نريد تركيز الانتباه على كيفية تواصل وتفاعل أفراد الأسرة مع بعضهم البعض كأسرة أو وحدة واحدة .

خصائص النظم :

ان أى وحدة وظيفية من الكون إلى الذرة يمكن دراستها على أنها نظام . وهناك خصائص شائعة لكل وحدة تؤدى إلى تنمية وتطوير منهج النظم . ومن هذه الخصائص ما يلى :

١- جميع النظم هادفة :

ان الوظائف المرتبطة بأى نظام تبدو مرتبطة بتحقيق أهداف محددة. وأغلب الأهداف اللحظية أو الآنية المباشرة للنظام تكون واضحة فى الغالب، وان كانت أفضل أهداف النظام من الممكن أن تكون غامضة أو مبهمة . وسواء كان النظام كبيراً أو صغيراً فان الهدفية تظهر فى وظيفة النظام كوحدة .. وبالتالى : فإن توجيه الهدف يعد سمة مشتركة بين جميع النظم .

٢- جميع النظم لها تركيب :

تركيب النظام هو مشكلة العلاقات المتداخلة بين المكونات ودور كل مكون منها. فتركيب الذرة يُعرف من خلال التفاعلات التى تتم بين الاليكترونات والبروتونات والنيوترنات التى تتفاعل فى وقت ومجال محدد . وبالمثل : فان تركيب الأسرة يُعرف من خلال الأدوار والعلاقات المتداخلة بين أفراد الأسرة المتفاعلين مع بعضهم البعض.

٣- جميع النظم لها قواعد :

فأى نظام لابد له من قواعد تمثل دليل عمل يهدى الأفعال والسلوكيات .. والقاعدة اذا ما استقرت تتحول إلى قانون . وفى النظم الاجتماعية هناك قواعد ارشادية تحكم سلوك الأفراد وتصرفاتهم . فالقاعدة التى تقول : " لاينبغى عليك أن تسرق" تعد قاعدة ارشادية، ومثل ذلك القاعدة أن جميع الأطفال فى العمر ما بين ٦-١٦ سنة لابد أن يلتحقوا بمؤسسة تعليمية والتزام أفراد وتلاميذ المدارس بتحية العلم احترامه ورفع شأنه هو رمز للوطنية ، وقيام رؤساء الدول بوضع حجر الأساس أو باقة من الورود على قبر الجندى المجهول أو استعراض قوات الجيش فى المناسبات...الخ .

ويتم تصميم القواعد الارشادية لتوجيه مكونات النظام نحو نتيجة مرغوبة . واذا كان الملاحظ يرى أن القواعد الارشادية تراكيب مجردة فان هذه القواعد تحكم مكونات النظام . والقواعد التى تحكم المجتمع يتم صياغتها على شكل قوانين وتنظيمات لانتاج شكل محدد من الترتيب الاجتماعى .

فالنظم تظهر كنتاج غير مخطط له فى حياتنا الاجتماعية، ويترسخ النظام مع اقامة قواعد ومعايير محددة تميز أوضاع المراكز ، وتحدد وظائف الأدوار فيما يتعلق بالسلوك المتماثل . والقواعد الاجتماعية تمثل توقعات الجماعة للسلوك ، والتنظيم اذن هو ابدال وقتى أو تجريبى بالسلوك المتوقع المنظم ، والنمط ، الممكن التنبؤ به . مثال ذلك : رسميات احتفال الزواج امام المأذون أو فى الكنيسة واجراءات الخطبة أو عقد الزواج ... فالنمط السلوكى المنظم يصبح من الثبات والرسوخ بحيث يتعلمها أعضاء المنظمات فى مزاولاتهم ويتجسدونها فى شخصياتهم. ويرى رسكين Riskin أن الأسرة من الممكن أن تجهل بشكل كلى جميع قواعدها برغم وضوح تلك القواعد امام القائم بعملية الملاحظة. (Ford & Herrick, 1970)

٤- جميع النظم لها ترتيب أو طريقة محددة للعملية :

إن هذه السمة هى المنظمة للنشاط الذى نشتق منه القواعد التى تحكم المجتمع . انها تشتمل على تناسق واستمرار الأنماط التى تساهم فى التعرف على

النظام لتمييزه عن النظم الأخرى. فعلى سبيل المثال : نلاحظ حركة الأرض وعلاقتها بالشمس الأمر الذى يؤدى إلى حدوث فصول السنة الأربعة . نرى أن النظام فى الأسرة يتم عندما نلاحظ كيفية تعامل الأسرة بشكل منسق مع الأحداث الداخلية والخارجية .

٥- جميع النظم تهدف إلى البقاء والاستمرار :

يتم تنظيم مكونات النظام من خلال علاقات ذات نمط تفاعلى متشابك. وعندما يتكون هذا النمط تظهر مجموعة متوازنة من القوى بين مكونات النظام الأمر الذى يسمح لهذا النظام القيام بدوره .. وعندما يتحقق التوازن يتم تكريس كل جزء من قوى النظام لاستمرار هذا التوازن . وبمرور الوقت - وكلما استمر النظام فى القيام بدوره - فان نمط القوى المتوازن والتنظيم يصبح أكثر قوة ، ويصبح النظام أكثر قدرة على مقاومة القوى والعوامل التى قد تعوق توازن القوى ، وبالتالى تغير النظام.

ولقد قدمت نظرية النظم العامة مفهوماً معقداً يعرف " بالانتقال" entropy لوصف هذه الظاهرة .. ويشير هذا المفهوم إلى القوى المتاحة وحالة تنظيم النظام. فعندما يكون النظام أكثر انتقالاً فانه يبتعد عن مصادر القوى ويصبح غير منظم وغير متكامل ، واذا كان النظام أقل انتقالاً فان الوحدة التنظيمية والوظيفية تكون غير ممكنة بسبب تشتت القوى. انه من الضرورى أن يتم تحقيق توازن النظام . ويعرف هذا التوازن - من الناحية البيولوجية - باستعادة التوازن . ويشير مصطلح استعادة الاتزان إلى العملية الدينامية فى النظم التى تبقى على التوازن وتتوافق مع تغير سمات المكون والتفاعلات وبطريقة أو بأخرى نرى أن أشكال التنظيم وسمات مكون النظام من الممكن أن تغيره دون أن تدمره. ويعتبر نظام الأسرة المنفتحة أو الممتدة مثال على استعادة التوازن . (Zander, 1990)

خصائص النظام الأسرى :

من خلال نظرية النظم يمكننا ادراك الكون على انه مجموعة من النظم المتشابكة : كل نظام يشمل نظم فرعية ، ويعد أيضاً جزء من نظم أكبر. اننا من

الممكن أن نفهم الأسرة باعتبارها نظاماً اجتماعياً تقع ضمن نظام أكبر هو المجتمع.

اننا فى منهج النظم ننظر إلى جميع النظم على أنها متداخلة ومتشابكة.. وهكذا : فان من المناسب أن نقوم - باختصار - بالقاء الضوء على خصائص الأسرة كجزء من نظام اجتماعى أكبر تعتبر جزء منه . وفيها يلى أهم خصائص النظام الأسرى :

١- اجتماعية الأسرة:

لقد ظهرت بعض أشكال النظم الأسرية منذ أن ظهر الانسان على سطح الأرض .. ولأسباب متعددة تجمعت هذه الأسر وكونت جماعات ، ثم كونت هذه الجماعات قبائل ، ثم تكونت هذه القبائل فى عنصرية ، ثم كونت هذه المجموعات العنصرية مجتمعات . ومن ثم : فاذا كانت الأسرة خلية يتكون منها البنيان الاجتماعى، فلا نكاد نجد مجتمعاً يخلو من النظام الأسرى . فالأسرة هى أساس الاستقرار فى الحياة الاجتماعية ، ولذلك فان المجتمع يرسم للأسرة الاتجاهات الخاصة بالزواج والعلاقات القرابية والأدوار والواجبات المتبادلة بين أفراد الأسرة ويفرض عليهم الالتزام بحدودها ، ومن يخرج على ذلك يقابلة المجتمع بقوة وعنف ويفرض عليه عقوبات رادعة . ومن ناحية أخرى فان الأسرة بوصفها نظام اجتماعى تؤثر فيما عداها من النظم الاجتماعية الأخرى وتتأثر بها : فاذا كان النظام الأسرى فى مجتمع ما منحلاً وفاسداً فإن هذا الفساد يتردد صداه فى وضعه السياسى وانتاجه الاقتصادى ومعاييره الأخلاقية ، وبالمثل اذا كان النظام الاقتصادى أو السياسى فاسداً فان هذا الفساد يؤثر فى مستوى معيشة الأسرة وفى خلقها وفى تماسكها (سامية الخشاب : ١٩٩٣).

٢- أهداف الأسرة ووظائفها :

تنشأ النظم الأسرية لأسباب عديدة : ومن بين الأسباب البارزة لقيام الأسرة الحاجة للأمن ، والأنتماء ، والحاجة للحب . والأسرة توفر وسيلة مقبولة اجتماعياً

لانجاب الأطفال . ويرى درو وآخرون .Drew, et al (١٩٧٥) أن الوالدين لديهما أسباب أخرى لأنجاب الأطفال : فالبعض ينظر للطفل كامتداد للذات أو النفس ، والبعض الآخر قد يكون لديهم أسباب دينية ، وآخرون يشعرون أن الطفل يزودهم بالاحساس بالأمان ، وهناك طائفة تحب الأطفال لأن من الطبيعى عمل ذلك . وبعض الأفراد ينظرون لأطفالهم كوسيلة لتحقيق درجة من الخلود . ولسوء الحظ فإن حمل وميلاد بعض الأطفال قد يكون غير مقصود وبالتالى يكون الأطفال غير مرغوبين .

ولقد قدم الباحثون توجهات متعددة لوظائف الأسرة . ففى كتابهما " الأسرة المفتوحة opened family قدم ماك جينس وفيننجان McGinnis & Finnegan (١٩٧٦) ستة أهداف أساسية لنظم الأسرة التقليدية هى :

أ - استمرار وبقاء الجنس البشرى من خلال انجاب وتربية الأطفال .

ب - مجتمعية الأطفال.

جـ - تقديم مصدر للعلاقات البينشخصية المتعمقة.

د - تقديم جماعة مرجعية أساسية للانتماء وتحقيق الهوية الذاتية.

هـ - خلق واستمرار وحدة اقتصادية ووحدة عملية.

و - تقديم الرعاية للوالدين فى مرحلة الهرم.

ولقد لاحظ ڤاندر زاندن Vander Zanden (١٩٨٠) اختلافاً فى أهداف الأسرة نتيجة للاختلاف فى المجتمع الكبير . فلقد قدم قائمة تختلف الى حد ما عن السابقة ، فأوضح أن المجتمع المعاصر قد اتخذ بعض الوظائف التى كانت تقدمها الأسر من قبل مثل : رعاية المسنين ، وتقديم الرعاية الاجتماعية للأطفال، والوظيفة الاقتصادية من خلال تنظيم عمل الطفل... وما إلى ذلك . وقدم زاندن قائمة تحوى خمسة أهداف أساسية تقوم بها الأسرة هى :

- الانجاب .　　　　- الاجتماعية .
- الاستمرارية .　　　　- الاقامة .
- اشباع الحاجات الذاتية .

* فمن خلال تقديم نسق اجتماعى **للانجاب** يتم تلبية الاحتياجات الاضافية للأسرة والمجتمع . فالحاجة الاجتماعية للتكاثر والانجاب التى كانت موجودة سابقاً لم تعد ذات أهمية فى المجتمع المعاصر ، حيث أصبحت عملية حمل الطفل وتربيته بمثابة مشروعات تستهلك الوقت القوى . ومن هنا : فان الكثير من الأطفال يختارون أن يكون لهم عدد محدود من الأطفال ، وبعضهم يختار عدم وجود الأطفال.

* وبرغم أن **اجتماعية الطفل** قد تغيرت فى القرن الحالى فانها مازالت هدفاً أساسياً للأسرة – ويرتبط الهدف منها **واستمرارها** فى أداء دورها بالحماية والاعالة وتنشئة الأطفال منذ الميلاد وفى مرحلة الرشد ، ورعاية النساء فى فترة الحمل وحضانة الأطفال.

* بالاضافة لذلك : فان هدف الأسرة من تقديم مركز ومكانة لأفرادها يرتبط **بالاقامة** المجتمعية وتنمية مفهوم الذات . فالأسرة تقدم الجماعة الاجتماعية التى يتحقق من خلالها الهوية الذاتية بالاضافة إلى المكانة الاجتماعية.

* **أما عن اشباع الحاجات الذاتية** : فانها من أهم أهداف الأسرة فى الوقت الحاضر . ففى بعض الأسر تبدو جميع الأهداف الأخرى ثانوية عن تحقيق الاحتياجات الذاتية .. ولقد أشار ساتير Satir (١٩٩٤) إلى أن العلاقات الأسرية التى لا تشبع الاحتياجات الشخصية لجميع أفرادها من الممكن أن تؤدى إلى الاحباط واليأس والوهن والطلاق.

وقد أشار محمود حسن (١٩٨١) إلى أن هم وظائف الاسرة ما يلى :

أ – أشباعات الفرد : فالأسرة بصفة خاصة تميل الى التعبير عن نمط الاشباعات الحميمة والدائمة للعلاقات الشخصية المتبادلة التى تتميز بالود والعمق والشمول فى محيط الأسرة فى مقابل الاشباعات الجزئية التى تحققها العلاقات خارج الأسرة.

ب – تحقيق انجازات المجتمع : فالأسرة تقوم بالمحافظة على أعضاء المجتمع

واعدادهم للعمل والتفاعل الاجتماعى، وهى التى تحافظ على السكان بانجاب الأطفال وتربيتهم ، وتوفير الضمان فى حالات الشيخوخة ، كما أن المجتمع يفوض الأسرة فى تحمل مسئولية حماية الأطفال ومنعهم من اقتراف التصرفات اللااجتماعية الضارة بالمجتمع، بالاضافة إلى أن الأسرة تعتبر من أدوات الضبط الاجتماعى.

جـ - الوظيفة الاقتصادية : فلا تزال العمليات الانتاجية فى الريف تتم فى البيت وتقوم الأسرة بانتاج عدد كبير من السلع داخل الأسرة، وتشرف على التوزيع والاستهلاك والتبادل الداخلى .. وفى المجتمع الصناعى تنشأ روابط وعلاقات اقتصادية خارجية لاشباع حاجات ونفقات الأسرة فنتج عن ذلك خروج المرأة الى ميدان العمل لتشارك فى اعالة الأسرة ومساعدة زوجها فى تحمل مسئوليات المعيشة، كما أنه نتيجة للحياة الحضرية يتغير نمط الاستهلاك وربما ينعكس ذلك على ظواهر تهدد الأسرة بالاستدانة أو استنفاذ مدخراتها أولاً بأول...

د - تنظيم السلوك الجنسى والانجاب : فالزواج ليس مجرد اشباع حاجات فسيولوجية لاستمرار الجنس البشرى فقط ولكنه عملية اجتماعية تخضع لقواعد وقيود ثقافية وتعليمات تحدد الحقوق والواجبات ، هذه القواعد تمثل فى جملتها تنظيمات اجتماعية تتحكم فيها العادات والتقاليد.

هـ - اعالة الأطفال وتربيتهم : فالأسرة تقوم بتنشئة الأطفال وتلقينهم قيم مجتمعهم وعاداته وتقاليده بحيث تخلق فى كل فرد كائناً اجتماعياً ، وهى المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل والعامل الأول فى صبغ سلوكه بالصبغة الاجتماعية واكساب الأساليب السلوكية الملائمة للمواقف الاجتماعية ، وتعتبر سلوكيات الأسرة وقيمها وطرق عملها اطاراً مرجعياً لتقييم سلوك الطفل وسلوك الآخرين بما اكتسبه داخلها من قيم ومعايير.

و - الوظيفة النفسية : تمثل الوظيفة النفسية أساساً قوياً وحاسما فى ترابط النظام الأسرى . فعلى قدر وحدة المشاعر والميول والاتجاهات يكون التوافق والانسجام

وتتحدد كفاءة الأداء الوظيفى بمختلف جوانبه . فالأسرة وحدة تقوم على الترابط ويشعر أفرادها بالإنتماء والانجاز والاشباع والحماية والاحساس بالأمان ، وتجعل روح التكافل والتعاون تسود بينهم . بالاضافة لذلك فان هناك الروابط الخاصة بالعواطف والمشاعر الوجدانية والترابط السكنى الذى يجمع أفراد الأسرة ويوحد شتاتهم ، واليه يعودون ويجدون الراحة السكنية والدفء والحنان ويتبادلان أحداث اليوم وآمال الغد ، يتصرفون بتلقائية ويشبعون حاجاتهم الأساسية التى لايمكن اشباعها فى أى موقع آخر (بشير الرشيدى، ابراهيم الخليفى : ١٩٩٧).

٣- تركيب الأسرة :

تختلف صور التركيب الأسرى من مجتمع إلى آخر ، ومهما اختلفت صوره فان هذا التركيب يبدأ بالزواج وقيام علاقة رسمية واجتماعية مشروعة بين الرجل والمرأة ، يرتبط بهذه العلاقة الرسمية والشرعية سلوكيات وتوقعات مرتبطة بالسيطرة أو الخضوع ، وتقسيم العمل، والمسئوليات ، والطرق الجنسية ، والتعبيرية ، والسلوك الاجتماعى ...

ومن ناحية أخرى يرتبط بالزواج انجاب الأبناء - الذين يمثلون العنصر الثانى فى التركيب الأسرى بعد الزواج ، ومن ثم : فان مستويات الدور المعيارى لممارسات تربية الطفل وعلاقة الوالدين بالطفل، وعلاقة الطفل بأخوته ، وعلاقة الوالدين ببعضهم البعض : كل ذلك يختلف تبعاً لحجم الأسرة ، وترتيب الطفل الميلادى من اعادة تعريفات توقعات الدور وسلوكيات الدور المقبول فى علاقة أفراد الأسرة ببعضهم البعض :

*** فمن ناحية حجم الأسرة :**

- فى الأسرة صغيرة الحجم : تكون قدرة الوالدين على تكريس الوقت والانتباه الكافيين لكل صغير واضحة ، كما يكون هناك تحكم ديمقراطى فى سلوك الصغار، ويكون هناك ارادة وقدرة على اعطاء كل طفل نفس المزايا، ويكون تعيين

الأدوار بمعرفة الوالدين هو الشائع ، وتظهر ضغوط الوالدين من أجل التحقق الأكاديمى والرياضى والاجتماعى.

- وفى الأسر متوسطة الحجم : يكون هناك تحكم أقل ديمقراطية وأكثر استبدادية، وكثيراً ما يمنع الصغار من الصداقات الخارجية للحاجة إلى مساعداتهم بالبيت، وتكون ضغوط الوالدين للتحصيل متمركزة عادة على الكبار، وتوجد مشاحنات وأحقاد حادة بين الأشقاء، وتكون قدرة الوالدين على تحديد المزايا والمراكز محدودة ، ويكثر مقارنة الوالدين لتحصيل الصغير بتحصيل أشقائه.
- أما فى الأسر كبيرة الحجم : فلا توجد خطة واضحة لتربية الأبناء، مع وجود احتكاكات زوجية راجعة لوجوب التضحيات الشخصية والمالية ولابد فى الأسرة الكبيرة أن يقوم الوالدان بتعيين أدوار كل فرد من أجل الانسجام فى الأسرة، وغالبا ما يسود التحكم الاستبدادى لتجنب الارتباك أو الفوضى. وغالباً ما تستنكر صداقات الأطفال الخارجية لحاجة البيت لمساعداتهم أو لعدم وجود نفقات للأنشطة مع الرفاق ، الى جانب كثرة المشاحنات والاحتكاكات بين الأشقاء التى لايوقعها الا تحكم الوالد اذا كانت شخصيته قوية، مع عجز الوالدين عن اعطاء الصغار المزايا التى بنظرائهم الأكبر . (كمال دسوقى : ١٩٧٩).

*** ومن ناحية الترتيب الميلادى للطفل:**

- فان الطفل الأكبر فى الأسرة يمثل التجربة الأولى للوالدين ويكون عادة محط أمالهما وتطلعاتهما، وقد يدفعهما هذا إلى تدليله أو القسوة عليه أو اعطائه حقوقاً لايتمتع بها باقى اخوته التالين له ، ويزيد من تعقد وضعه أنه لايجد فى الأسرة من يحذو حذوه فى مواجهة مشكلات نموه وارتقائه ، ومن هنا : فانه يحاول جاهداً الاحتفاظ بعرشه ومكانته فى محيط الأسرة . ولتحقيق هذا : فانه يبذل كل طاقاته النفسية من أجل التفوق والسيادة والنجاح فى المجالات المختلفة لكى يبرهن لمن حوله على قوته وتفوقه وأنه جدير بالعرش حتى ولو انضم الى الأسرة مولود جديد أو أكثر.

- وعكس ذلك : فمن الشائع أن يواجه أصغر الأخوة : ضغطاً غير عادى من والديه واخوته الذين يقاومون تطلعه إلى النضج والاستقلال ويصرون على أن يعاملوه كطفل .. وهو وان كان يحظى بكثير من العطف والحماية فان الجميع يعتبرونه صغيراً مهما كبر ويلزمونه بطاعة اخوته الأكبر منه ، ولايشركونه كثيراً فى مسئوليات الأسرة لاعتمادهم على مَنْ هم أكبر منه وأقدر منه على تحمل هذه المسئوليات ، ومن هنا يشعر الطفل الصغير بالدونية وعدم القدرة على التفوق على أخوته لأنهم أكبر منه وأقوى ، وأنهم متقومون عليه (كمال مرسى : ١٩٧٩، عزت حجازى : ١٩٨٥، رشاد عبد العزيز : ١٩٩٠).

وبالاضافة إلى الوالدين والطفل - فربما وجد فى تركيب الأسرة الاقارب وأهم **الأجداد أو الأصهار** . ويتحدد دور الأجداد فى تركيب الأسرة بمقدار وجودهما فى داخل الأسرة بصورة مطلقة ومقدار الرعاية التى يتطلبها الأجداد، وبمقدار تدخلهم فى شئون الأسرة وعندما تصطدم أو تتعارض انماط الاحترام الواجب للأبوين مع الرغبة فى الابتعاد عنهما والتحرر من نفوذهما. فقد يصبح الزوج (أو الزوجة) الذى يعيش معه نويه فى منزل واحد أو يعيشون بالقرب منه فى حرج نتيجة الاتجاهات المتناقضة بين الرغبة فى الاستقلال عنهما والالتزام بالحب الواجب نحوهم (محمود حسن : ١٩٨١).

ومع ذلك : توجد فى المجتمع **أشكالاً أسرية أخرى** مثل : أسرة الأطفال بالتبنى ، والأسرة القائمة على أسر سابقة انتهت بالموت أو الطلاق ، والأسر التى تشتمل على أطفال وراشدين يعيشون فى نمط علاقة اجتماعية (زوج الأم أو زوجة الأب - أبناء زوج الأم ، أو أبناء زوجة الأب ... وما الى ذلك) ... وفى جميع الأحوال تمثل هذه الأشكال صوراً من الحياة الأسرية .(Jackson, 1995)

٤- قواعد الأسرة :

يقوم المجتمع بوضع القواعد التى تحكم العلاقات الأسرية، وتكون هذه القواعد ذات قيمة ودلالة فى تأثيرها على علاقات أفراد الأسرة ببعضهم البعض. ومن هذه القواعد - ما يلى :

أ - اللامساس بالنسبة للمحارم (كحظر العلاقات الجنسية بين الأشقاء، أو بين أحد الوالدين والخلف).

ب - التنظيمات التداخلية والتخارجية التى تحدد مَنْ الذى يصلح للزواج ومن أى الجماعات ينبغى اختيار شريك الحياة.

جـ - القواعد التى تحدد المسئولية عن رعاية الأطفال وتعليمهم وتوعيتهم وتهذيبهم.

د - القواعد التى تحدد طقوس الطلاق التى بها يمكن أن ينحل عقد الزوجية والاجراءات الرسمية المطلوبة لانحلاله ...الخ (كمال دسوقى : ١٩٧٦).

وعلى الرغم من أن القواعد الاجتماعية التى تحكم الأسر ليست مكثفة ولاخاصة فانها توصل فكرة أن المجتمع يقدر بشكل كبير الحياة الأسرية.. ومما لاشك فيه فان هذه الرسالة تعتبر عامل دال على الطريقة التى يتم بها تركيب الأسر وكيفية قيامها بوظائفها .

٥- بقاء الأسرة ودوامها :

يقوم المجتمع من خلال القوانين بتنظيم الزواج ، والطلاق، ورعاية الأطفال ، والميراث، والحقوق والواجبات ... وهو بذلك يعبر عن تعهد ببقاء واستمرار الأسر كوحدات اجتماعية محمية .. ويقوم المجتمع بتقييم الأسرة على أنها وحدة أساسية من خلال : التعليم والتربية والعادات والتقاليد والعرف والأمثال الشعبية والتعاليم الدينية التى تشير الى دوام الحياة الأسرية وعدم الخروج على تقاليدها . كما يقوم المجتمع من خلال الشرع والأعراف بتقديم التكافل الاجتماعى للأسر الفقيرة كالذكاء والصدقات والاعانات وكفالة اليتيم..وغيرها . بالإضافة لذلك : فان العرف الاجتماعى يعلن عن فضائل الحياة الأسرية ومحو فكرة الحياة بمعزل عن الآخرين.. ومن خلال القوانين والوسائل الملحوظة والملموسة يقوم المجتمع بتحسين بقاء واستمرار النظم الأسرية ... وهكذا فان الأسرة نظام يسعى إلى البقاء والاستمرار وليس مجرد رابطة وقتية سرعان ما تنفصم.

هكذا يتضح بعد استعراض الخصائص الشائعة للنظم الى انطباق هذه

الخصائص على النظام الأسرى . وعلى الرغم من أن أثر القوى الاجتماعية فى هيكله وتشكيل الأسرة يختلف من أسرة لأخرى الا أن الخلقية الاجتماعية تزودنا بشاشة نتمكن من خلالها من ملاحظة النظام الأسرى بشكل نمطى نموذجى .

ان الأنماط المتداخلة للأسرة مع أشكال المجتمع الكبير توجه وتعمق رؤيتنا لنظام الأسرة، وأن الأسرة تعتبر سبباً ونتيجة لثقافة المجتمع .. ومن ثم : فاذا كنا نفهم الأسرة بشكل كامل كنظام فانه من الضرورى أن نعى نظام المجتمع الكبير الذى تعد فيه الأسرة نظاماً صغيراً ، ذلك أن كيفية تكوين الأسرة على ما هى عليه ينبع إلى حد ما من المحيط الاجتماعى الذى تتكون فيه هذه الأسرة، مع أن كل أسرة تكون مميزة ومزيدة برغم أن جميعها يشترك فى عوامل شائعة بينهم .

التوافق فى النظام الأسرى

التوافق Adjustment حالة تتوفر فيها علاقة منسجمة بين الفرد والبيئة ، فيستطيع الفرد من خلالها اشباع حاجاته مع قبول ما تفرضه عليه البيئة من مطالب .. ويعد التوافق فى داخل الأسرة أحد مجالات التوافق الاجتماعى التى يعايشها الفرد فى تعامله مع البيئة – اذ أن البيئة الأسرية هى العالم الفعال فى تحقيق التوافق النفسى للفرد نظراً لطبيعة التعاملات والعلاقات داخل الأسرة التى تنعكس بدورها على التوافق النفسى للفرد خارج أسرته فى المجتمع الذى يعيش فيه.

وسوف نعرض التوافق فى النظام الأسرى من خلال منظورين :

– أولهما : التوافق الزواجى .

– ثانيهما : التوافق داخل النظام الأسرى المنبثق عن الزواج .

أولاً: التوافق الزواجى

يقصد بالتوافق الزواجى الاتفاق النسبى بين الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة والمشاركة فى أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف

(سناء الخولى : ١٩٨٢) ، مع قدرة كلا الزوجين على دوام حل الصراعات العديدة التى لو تركت لحطمت الزواج .. فالتوافق الزواجى : هو نتاج للتفاعل بين شخصيتى الزوجين والتوفيق فى الاختيار المناسب للزواج والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها، والحب المتبادل بين الزوجين، والاشباع الجنسى ، وتحمل مسئوليات الحياة الزوجية والقدرة على حل مشكلاتهما ، والاستقرار الزواجى ، والرضا والسعادة الزوجية .. ويتوقف التوافق الزواجى على تصميم الزوجين على مواجهة كل المشاكل المادية والاجتماعية والصحية ، والعمل على تحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة (حسن مصطفى، راوية حسين : ١٩٩٣).

ومن أهم محددات التوافق الزواجى ما يلى :

١- الخلفية الأسرية للقرين :

اذا كانت الأسرة تبدأ بالتزاوج بين شخصين يأتى كلاً منهما من أسرة مختلفة، فمما لا شك فيه أن خلفية كل منهما تؤثر بشكل كبير على تركيب وتنظيم وقواعد القرين التى يخلقها فى أسرته الخاصة به ، وتكون لتأثيرات الخلفية الأسرية لكل شريك أثرها الواضح فى التوافق مع الشريك الآخر..

ان الأصل الأسرى يعد مصدراً أساسياً للتعلم الاجتماعى .. وتأثيرات الخلفية الأسرية تنشأ من أصل ذات الأسرة التى تعلم منها كل شريك :

- سلوكيات الدور الأساسية وتوقعات الدور.
- يكتسب الفرد منها الاتجاهات والمعتقدات والسلوكيات التى يرتبط من خلالها بالآخرين ويرتبط مع الذات ويرتبط بها مع العالم .
- ومن خلال الأصل الأسرى : تكتسب البنات وتتعرف على ما تقوم به كامرأة وزوجة وأم وما تفكر فيه وما تشعر به . ويتعرف فيه الأولاد على ما يقومون به كرجال وأزواج وآباء وما يفكرون فيه وما يقولونه وما يشعرون به . كما يتعرف الأولاد على بعض أشكال الدور وأنماط العلاقة والسلوكيات .
- كما أن الأصل الأسرى : أو الخلفية الأسرية تعد مصدراً أساسياً لتعلم التعرف

على الذات :

فعندما ينشأ الطفل فى أحضان أسرته يكوّن احساساً بالذات من خلال أنماط التفاعل والتواصل وسلوكيات الدور والتوقعات، بالاضافة إلى النمذجة والتعلم بالمشاهدة والتمييز الادراكى الذى يعايشه الطفل فى الحياة اليومية . وهذا هو الذى يحقق الذات التى يقدمها كل شريك للآخر .

ان الأسرة هى تصنع النغمة الأولى لمفهوم الذات .. واذا كان التوجيه الأسرى غير مرن ويتطلب اتساقاً وتماسك أفراده فان مفهوم الذات يكون منغلقاً ، وعلى العكس : فاذا كانت الأسرة مرنة ومساعدة للأفراد وتتميز بالانتماء وتشجع على النمو الشخصى والنمو المتبادل فان مفهوم الذات يكون دينامياً منفتحضاً .

ومع ذلك : فان سمات كل زوج لا تكون مشتقة بشكل كامل من الأسرة اذ أن هناك العديد من الخبرات والعلاقات الاجتماعية التى تقوم بتعديل وهكيلة وازالة بعض الاتجاهات والقيم والسلوكيات المشتقة من النماذج الأسرية. فقد تؤثر الخبرات المدرسية والعلاقات مع الأقران والكبار وخبرات المجتمع الكبير على كل فرد . ومن ثم : فان كل خبرة تحدث أثناء التفاعل مع المجتمع يكون لها أثر كبير على الخبرات المحيطة بالعلاقة الزوجية والتفاعل مع القرين .. ان كل شخص يتزوج يكون له مفهوم ذات عن حقيقته وعن ماهيته كشخص ، وله مفهوم ذات عن شريكه فى الحياة ، ويكون له مفهوم عن الزواج ، وله مجموعة معقدة من الاتجاهات والمعتقدات والقيم والاحتياجات والتوقعات والأهداف.(Bach & Deutch, 1970)

٢- المهام النمائية للزواج :

ان تكوين وحدة أسرية جديدة من خلال الزواج تصنع مسئوليات ومتطلبات على الزوجين . فلقد أشار مينشين Minnchin (١٩٧٤) الى هذه المطالب بمصطلح المهام النمائية التى ينبغى على الزوجين أدائها لتكوين أسرة جديدة . وعلى الرغم من أن طبيعة وعدد المهام سوف يختلف من ثقافة الى أخرى، كما يختلف فى الثقافة الواحدة تبعاً لسمات الزوجين وأصولهما الأسرية فان هناك مهاماً شائعة تواجه كل زوجين يشرعان فى خلق أسرة جديدة . من هذه المهام المرتبطة بالزواج - ما يلى :

أ - التواصل الزواجى ونمو أنماط الحديث والتفاعل بين كلا الطرفين .

ب - القيام بالأدوار والمسئوليات الزوجية والأسرية على النحو الذى يتوقعه الطرف الآخر.

جـ - المساندة المتبادلة وتهيئة الظروف الأسرية المناسبة لقيام كل طرف بمسئولياته .

د - المسابرة بين الطرفين وتقبل رأى الآخر والتعاطف معه بالقول والفعل وتقدير موقفه وظروفه .

هـ - نمو الارادة الذاتية لكلا الطرفين لطاعة الآخر وحمايته والمحافظة عليه.

و - المواءمة : أى قدرة كلا الطرفين على التوفيق بين متطلباته الشخصية ومتطلبات العمل ومتطلبات الأسرة .

ز - التلاقى بين الطرفين ووحدة الهدف وأساليب التفكير والاهتمامات المشتركة لصالح الأسرة .

ح - التكامل : أى يكمل كلا الطرفين جوانب النقص فى الآخر بما يساعد على الآداء الوظيفى الجيد للأسرة .

ط - الاكتشاف والتعزيز : وأن توجد لدى الزوجين القدرة على معرفة المزايا والايجابيات فى بعضهما البعض وتعزيز هذه المزايا والايجابيات.

ى - الاقناع والاقتناع فى التفاعل الايجابى بين الطرفين (بشير الرشيدى ، ابراهيم الخليفى : ١٩٩٧).

٣- القواعد الأسرية وأنماط العلاقة :

ان الزوجين أثناء تكوينهما للمهام النمائية معاً تنشأ بعض الأنماط التفاعلية ففى أثناء فترة تعلم الحياة مع بعضهما البعض تنشأ بعض الحساسية الذاتية - الأمر الذى قد يؤدى إلى التجنب والاحجام :

- فقد تظهر عدم قدرة على مناقشة الموضوعات الحساسة خشية التصادم أو حدوث ردود فعل انفعالية غير مقبولة ، ومن ثم : تظل هناك بعض الموضوعات غير قابلة للمناقشة ، وبمرور الوقت من الممكن أن تزداد قائمة هذه الموضوعات ، ويظل كل

فرد يضيف لهذه القائمة لدرجة أن الآخر يرغب فى التجنب والاحجام .. ومع تطور الحالة يظهر ما يسمى بأسطورة الأسرة. ومن ثم : فان الانفعالات غير الملائمة شئ سئ وينبغى تجنبها.

- وعلى العكس : فان الحالات الايجابية هى الأخرى ممكنه فى وضع القواعد بين الزوجين وتؤدى إلى اقامة علاقة حميمة مع شريك الحياة والاحتفاظ به . مثال ذلك: رغبة الفرد فى أن يقاسم شريك الحياة وقته واهتماماته أو رغبته فى أن يبقى بمفرده .. وقد يكون الزوج مستعداً لأن تعتمد عليه الزوجة ، واذا كانت الزوجة مستعدة لأن يعتمد عليها الزوج - أى الاعتماد المتبادل دون تزمر - فان ذلك يعتبر احد مؤشرات القواعد الأسرية التى يبدأ الزوجان ترسيخها .

وبتتابع سنوات الزواج يصبح الزوجان والأبناء مترابطون وفقاً للقواعدالأولية التى أرساها الزوجان فى بداية حياتهما لخلق وحدة متكاملة.

ويعبر بعض علماء النفس عن القواعد الزوجية باصطلاح "العقد أو الاتفاق"، وتكون هذه العقود والاتفاقات ذات فائدة لو أنها كانت صريحة ، ولكن المشكلة تنشأ عندما يسر أحد الزوجين أو كليهما فى نفسه أشياء ويخفيها عن الآخر - واذا أبدى أحد الطرفين ما كان يخفيه اعتبره الآخر فاسخاً للعقد أو الاتفاق . (Ford & Herrick, 1974)

٤- المسئولية وتقسيم العمل :

حتى يتم خلق جو صالح للحياة يجب على الزوجين عمل روتينيات وانشطة مناسبة تقوم بتقسيم الأدوار العملية والمسئوليات بينهما. وعادة ما يصل الزوجان إلى هذه المهمة خلال المنظور الثقافى لأدوار كل منهما بالاضافة إلى خلفيته الأسرية.

- ولعل أدوار **الأمومة والأبوة** من الوظائف الاجتماعية التى يكرس الرجل والمرأة أنفسهما لها ، وعندما يقوم الزوجان بهذه الوظائف أو المسئوليات فانهما لايفعلان ذلك لمصلحتهما فقط ولكن من أجل الأبناء ودوام الأسرة والمجتمع برمته .

وفى المرحلة الأولى من حياة الطفل تكون الأم هى الشخص الأول فى حياته ويكون دور الأب ثانوياً ، فهو والد احتياطى يقوم بحماية الأم ومساعدتها فى رعاية الرضيع ، وفى غياب الأم قد يتحمل الأب كل مسئوليات الأمومة ، ومن ناحية أخرى: فبينما تقوم الأم برعاية الطفل الرضيع فان الأب كذلك يقوم بتوفير الحماية للأم، وكما تقوم الأم برعاية أطفالها الصغار فهى أيضاً تقوم بدور فعال فى رعاية الأب وتوفير متطلباته واشبا ع رغباته. ويتعاون الأب والأم فى النهاية لتربية الطفل وتنشئته ليشب عضواً نافعاً للمجتمع. وعليه : فان وظائف الأمومة والأبوة يعتمد علي بعضهما اعتماداً متبادلاً ولايمكن فصل أيهما عن الآخر الا فى حدود ضيقة.

– وقد ترغب **المرأة** فى الزواج ومع ذلك قد لاترغب فى انجاب الأطفال ، وقد تشعر المرأة برغبة قوية فى انجاب الأطفال، وقد يرغب البعض فى انجاب عدد كبير، وقد يميل آخرون الى انجاب عدد محدود ، وهناك من الأمهات مَنْ ترغب فى طفل يختلف عن الطفل المولود ، وبعض الأمهات يطلبن الطفل لا حباً فيه ولذاته ولكن لتحقيق دوافع أخرى مختلفة : لعدم اتهامهما بالعقم أو لارضاء زوجها أو لتوقيع عقوبة عليه، أو لاستخدام الطفل كأداة للمساومة فى الصراعات الزوجية أو للحيلولة دون انهيار الزواج ...الخ .

– أما **الأب** فهو المسئول عن حياة الأسرة واستقرارها وتوفير العناصر الاقتصادية والمادية، وهو القائد والموجه والمدبر لاحتياجات الأسرة ، وهو رمزها ومصدر قوتها الذى لامرد لكلمته ، وهو مركز السلطة والشدة والشجاعة والحاكم المطلق للأسرة .. وتقف الزوجة والأبناء موقف الاجلال والاحترام يخضعون لحكمته العليا، ويمارس سلطانه فى قوة وحزم ونشر العدالة بين أعضاء الأسرة وحماية الزوجة والأبناء ورعاية شئونهم فى الأمور خارج المنزل.

والأم دورها : ادارة وتنظيم أوجه الانفاق وتربية الأطفال ورعاية شئونهم والقيام بأعباء المنزل ورعاية الزوج وطاعته .

– ومن المظاهر المألوفة فى بعض الأسر ما نلاحظه من انعكاس الأدوار بين الجنسين

: فتقوم المرأة بالسيطرة واتخاذ القرارات ويقف الأب موقف التابع والمستكين حتى يتجنب الجدال أو الشجار ، كما تقوم الأم بدفع الأب وحثه والقيام بكثير من الواجبات التى تعتبر من صميم واجباتها ، فيعيش الأب على هامش الأسرة ويصبح للأم المركز الأول والأهم، بل يصبح الأب هو الرجل المنسى الذى يعيش فى الظل، ويتميز بالضعف والاحساس بالنقص ، ويظل دائم القلق والوساوس يهاب الهزيمة فى صراع الأدوار. ولاشك أن مقدار ما يشعر به الزوج من تهديد أو قلق حول قدراته فى القيام بأى دور من أدوار الرجولة سوف يؤثر بنفس الدرجة فى وظيفته الأبويه ويؤدى الى اضطرابها (محمود حسن : ١٩٨١).

ان مثل هذه التوجهات المرتبطة بالمسئوليات وتقسيم العمل من المكن أن تعد مصدراً للصراع بين الزوجين اذا كان لكل منهما توقعات مختلفة عن ماهية أفضل سلوكيات للدور – فمثل هذا الاضطراب فى تحديد مسئوليات الدور كثيراً ما يمثل مجالاً للمشكلات الزوجية – تلك المشكلات التى لم تكن كذلك فى السابق حيث كانت الأدوار تتسم بالتحديد والوضوح الشديد، الأمر الذى يجعل الزوجين تحت طائلة ضغط نفسى ينعكس على العلاقات الزوجية وما يستتبعه من خصام ومشاجرات وخلافات . ومن الممكن حل الصراع وانقسام الرضا المتبادل للعمل والمسئولية بين الزوجين اللذين ينظران إلى المشكلة من اتجاه متفتح لحلها. (Cooper, 1970)

٥- المـــال :

ان الطريقة التى يصل بها الزوجان إلى الرضا المتبادل عن الادارة المالية يرتبط بالتوافق الزواجى إلى حد كبير . ففى كثير من المجتمعات يعد المال مصدراً للصراع الشديد فى الزواج بسبب الانتباه اليه فى انفصال عن العلاقات المتبادلة بين الزوجين، فالمال أكثر من وسيلة للتبادل الذى يحفظ البقاء، انه يرمز إلى القوة والنجاح والتقدم والحرية الشخصية، كما أن اكتساب المال معياراً للنمو الشخصى وتقدير الذات :

– ففى ثقافة الفقر : التى يفتقر أصحابها الى الأمن الاقتصادى نتيجة المكسب غير المنتظم والعمل غير المستمر يعيش الزوجان عيشة الكفاف ويتسمان بالقدرية

والعنف وانخفاض مستوى التعليم وضعف الاقبال على الرعاية الصحية وقلة المهارات . ففيها لايتمكن الزوج من الحصول على أى شئ ، حتى ولو عمل مؤقت بأجر منخفض، وغالبا ما يمكث الرجل ساعات طويلة إما نائماً أو بجانب الراديو يمضى يوماً وينتظر يوماً آخر. ومن ثم : ترتبط الزوجة بأمها وبيت أهلها ارتباطاً وثيقاً خوفاً من ترك زوجها لها ، وتقوم المعيشة المنزلية على المساعدات المتبادلة خاصة أم الزوجة التى تفضى بمشكلاتها لأمها خاصة ما يتعلق منها بالناحية الاقتصادية مما يجعل الزوج يشعر باهدار وتقليل الثقة الزوجية . ومن ثم : لو ترك الأسرة فلن تحدث كارثة بتركه لها حيث أن الأم ترتبط بأطفالها ارتباطاً شديداً وهى التى تساعد أطفالها.

- فى حين يلاحظ أنه فى ثقافة الرفاهية : ترتبط الزوجة بزوجها وبعمله أيضاً ، فمكانة الزوجة وذاتيتها كثيراً ما تستمد من وظيفة الزوج (فهى زوجة طبيب أو وزير...الخ) وبالتالى فانها تفكر فى نفسها كجزء من فريق عمل زوجها - وغالباً ما ينفصل الزوجان عن أسرتهما الأصلية ليعشان حياتهما المستقلة ، ويظهر الطابع العاطفى على الزواج ، وتحاول الزوجة أن تحقق الاشباع العاطفى للزوج (سامية الخشاب : ١٩٩٣) .. ومع ذلك : فان القيمة العملية للمال من الممكن أن تورط الزوجان فى صراعات أكثر من المستوى الانفعالى وبطريقة تخرج عن وعيهما وادراكهما .

وفى جميع الأحوال : فان الزوج من الممكن أن يوازن بين كسب المزيد من المال لكونه المسئول عن الزواج والنجاح الاجتماعى ولكونه ذكراً له قيمة مناسبة، أما زوجته فقد ترتبط فقط بالقيمة التبادلية العملية للمال .. وفى الزواج الذى يكون فيه الزوجان متقبلين لذاتهما ولذات بعضهما البعض من خلال التركيز على القيم الشخصية وليس القيم المادية فان المال لايعد مصدراً للصراع .

(Mc Ginns & Finnegan, 1976)

٦- الأصدقاء والأنشطة الاجتماعية :

ان طريقة الزوجين فى تحديد الأنشطة الاجتماعية التى سوف يعملان على

تحقيقها مع بعضهما البعض، والأنشطة التى يحققها كل منهما بشكل منفصل قد تكون مصدراً للصراع . فكلا الزوجين كانت له صداقات شخصية قبل الزواج ، وقد يكون لهما أصدقاء مشتركون - ولكن : أى الأصدقاء مَنْ تستمر صداقتهم ويتقبله كلا طرفى الزواج ؟ ان ذلك يعتمد إلى حد ما على تفتح الزوجين ورغبتهما فى المشاركة ، والأكثر أهمية هو الانفتاح على التواصل بين الزوجين ورغبتهما فى تقبل الصداقات التى ما كانت لتحدث لهما بشكل فردى .

٧- أنماط التواصل بين الزوجين :

ان أنماط التفاعل والتواصل بين التى ناقشناها سابقاً فى القواعد الأسرية بين الزوجين قد تكون منفتحه أو منغلقة .

- ففى الأنماط المنفتحة : تجد أن تحقيق الحاجات المتبادلة للأسرة شئ مرغوب ومحبب ، من ثم فان التواصل بين الزوجين بحرية ويتميز بأنه مباشر ويتسم بالانسجام والاحترام والأمانة والصدق والحساسية بمشاعر الطرف الآخر.
- اما فى الأنماط المنغلقة : فيلاحظ أن أنماط التواصل والتفاعل بين الزوجين تحكمها مجموعة من القواعد الشديدة . تلك القواعد سواء كانت ظاهرة أو ضمنية فانها تحدد ما الذى يمكن التعبير عنه بحرية وما الذى ليس من الضرورى التعبير عنه على الاطلاق.

ان القوعد هى التى تحدد الظروف التى تحكم مَنْ يقوم بعملية التواصل ومع مَنْ وبأى طريقة يتم التواصل . فوفقاً للقواعد الزواجية التى يضعها الزوجان فى بداية حياتهما الزوجية المشتركة يتم تعريف المشاعر المقبولة وغير المقبولة ، ويتم فرض عقوبات على التعبيرات غير المقبولة ، ويتم تثبيت وتحديد معايير التفاعل والتواصل بين الزوجين ، بالاضافة إلى عقوبة انتهاك تلك المعايير.

ان الوعى بأنماط التواصل وقواعده يكون من الأهمية بمكان اذا كان من الضرورى أن يتم التواصل بفاعلية بين الزوجين ، ومن ثم يتم التخطيط للتفاعل الفعال . ذلك أن نمو العلاقات الزوجية وأنماطها والتواصل الايجابى يرتبط ارتباطاً

وثيقاً بالتوافق الزواجى : فاذا كان الزوجان قد أسسا نظاماً منفتحاً فهذا يعنى أن الأسرة ستكون متوجهة نحو النمو الفردى والجماعى وتدعيم العلاقات الايجابية المتبادلة ، أما الأسرة ذات التوجه المنغلق فان ذلك سيؤدى إلى نظام أسرى قاسى يتميز بالدفاعية وبه خلل وظيفى .(Otto, 1990)

ثانياً : توافق النظام الأسرى المنبثق

ان مجئ طفل للزوجين له أثر بالغ على العلاقة الزوجية فالحمل والولادة تؤدى إلى اعادة ترتيب الجداول الزمنية، واعادة توزيع المصادر الانفعالية والاجتماعية والاقتصادية واعادة تخطيط أنماط التفاعل الزوجية . فاذا كانت العلاقة الزوجية ثابتة تسمح بالتحدث وكان الزوجان يرغبان فى وجود الطفل فان التوافق الزواجى يكون أكثر قبولاً ويصبح الطفل سبباً للمتعة والفرح ، وعلى الجانب الآخر : فان مجئ طفل إلى زواج غير مستقر فقد يكون مصدر ألم وشقاء لجميع أفراد الأسرة . وفيما يلى أهم ملامح التوافق فى النظام الأسرى المنبثق :

١- ردود الفعل الوالدية :

ان الاعلان عن الحمل يكون له العديد من ردود الفعل عند الوالدين ، ويعتمد ذلك على العديد من العوامل منها مفهوم الذات عندالوالدين وجودة العلاقة بينهما كزوجين واتجاهاتهما نحو الوالدية.

- فاذا كان الوالدان **ينظران إلى أنفسهما نظرة واقعية ويتمتعان بتقدير الذات،** وكانت علاقاتهما الزوجية متبادلة بشكل مُرضى فان استجاباتهما للحمل الجديد تكون أكثر إيجابية .. وحتى اذا كانت الظروف الاقتصادية والظروف الاجتماعية غير ميسرة فانهما سيشعران بالرضا عن أنفسهما وعن زواجهما، وينظران إلى الموقف بشكل إيجابى . والعكس عندما يكون هناك افتقاد لتقدير الذات بشكل واقعى، مع وجود علاقة زوجية متبادلة بصورة غير مرضية فان الوالدين لاينظران إلى الموقف بطريقة محببة حتى لو كانت جميع الظروف جيدة.

- **أما عن اتجاهات الوالدين نحو الوالدية** : فان هناك عوامل كثيرة تؤدى إلى تقبل الطفل أو رفضه بعد ولادته .. من ذلك :

أ - تقبل أو رفض فكرة الوالدية : فاذا شعر الوالدان بالصدمة عند ظهور علامات الحمل واحتمال وصول الطفل، وشعرا بأن ذلك سيؤدى الى اضطراب خططهما ويفرض عليهما قيوداً فانهما لاشك يرفضان فكرة الوالدية خاصة اذا شعرا بأن الطفل سيكون التزاماً دائماً بينهما فى عقد لم يجد تقبلا من قبل الشريكين.

ب - الاتجاه نحو الطفل كفرد : من ناحية تمثيل الطفل للنوع المرغوب فيه (ذكراً أو أنثى) ، ومن ناحية ما قد يحمله الطفل من سجايا فى المستقبل.

جـ - استجابة الوالدين نحو مسئوليتهما تجاه الأطفال : كالمسئوليات المالية، وتربية الطفل ورعايته - خاصة بالنسبة للأم العاملة.

د - استجابة الوالدين للتغيرات التى تحدث فى حياة الأسرة نتيجة ميلاد الأطفال : فغالباً ما يتغير مركز الأسرة ويتبعه تعديل فى العلاقات الاجتماعية بين الزوجين ويتحول جزء من ناتج الحب للشريك إلى الطفل.

هـ - رغبة الوالدين أو عدم رغبتهما فى تقبل فكرة المجتمع عن الأبوة والأمومة : كالشعور بالفخر والمركز الملائم المرتبط بالأبوة والأمومة.

وغالبا ما يتأثر الاتجاه نحو الطفل بخبرات الوالدين مع والديهما : فالوالدين غالباً ما يعاملان أطفالهما بالطريقة التى كان يتبعها أباؤهم معهم ، وقد يتجه الوالدان نحو معاملة أطفالهما بأسلوب يختلف كل الاختلاف عن الأسلوب الذى كان أباؤهم يعاملونهم به (محمود حسن : ١٩٨١).

٢- التوقع والتكهن :

ان الحمل والولادة قد يقدمان فرصة للزوجين للمشاركة فى مستوى لم يعايشاه من قبل . ان فترة الحمل ثم الولادة من الممكن أن تكون فترة يقومان فيها بالتخطيط مع بعضهما البعض لمجئ شخص جديد، وبالتالى فهى فرصة للاستكشاف بعمق لمشاعرهما واتجاهاتهما نحو تنشئة الأطفال ، واتجاهاتهما ومشاعرهما نحو

ذاتهما كوالدين، وأحلامهما للطفل. انها من الممكن أن تكون فترة تثبيت وتوسيع علاقاتهما لتوقع خبراتهما الجديدة . ومن الممكن أن يحدث الدعم والنمو المتبادل كلما تبادل التشجيع والدعم والرعاية من الطرف الآخر.

وعلى العكس فقد يسيطر على الوالدين الخوف على الحمل، والخوف من مرحلة ما بعد الولادة : كالخوف من المسئوليات الوالدية، أو الخوف من فقدان عطف الزوج، والمخاوف المتعلقة بالصحة والوضع الاقتصادى أو الظروف الاجتماعية - كلها عوامل من الممكن أن تخلق مناخاً مخيفاً من العلاقة ، وبدلاً من زيادة المشاركة البينشخصية والقرب فقد ينخفض التواصل وينمو الشعور بالعزلة والتباعد.

لذا : فان الافراط فى التوقع أو التكهن بما سيحدث بعد ميلاد الطفل من الممكن أن يميز المناخ الانفعالى للزواج أثناء الحمل وفترة ما بعد ميلاد الطفل.

٣- الفرح أو الاكتئاب :

ان ميلاد الطفل قد ينتج عنه رد فعل والدى بالفرح والمرح والرضا .. انه قد يعد انجازاً أو رمزاً حياً للترابط الزواجى ، ومثل هذه الاستجابات مرتفعة الايجابية من الممكن أن تنتج من الوالدين اللذين يشعران بذواتهما وذوى العلاقات الايجابية.

أما الوالدان ذوى المشاعر السلبية عند ذواتهما وعلاقاتهما فانهما يكونان أكثر شعوراً بالخوف وعدم الملاءمة والاكتئاب .

٤- التحدى والتهديد :

ان الوالدين ذوى العلاقات الزوجية السليمة وتقدير الذات الواقعى ينظران الى تنشئة الطفل إما كفرصة أو تحدى :

- فعندما يشعران بالرضا عن ذاتهما وعن كل منهما نحو الآخر وعن علاقاتهما : فان مجئ طفل إلى الأسرة يعد فرصة لمشاركة المسئولية وعمل شئ لأنفسهما.
- أما الوالدان الأقل أمناً فانهما يعايشان مسئوليات الوالدية على أنها شئ مهدد لأنفسهما وعلاقاتهما الزوجية .. انهما قد يخافان من اقحام الطفل الذى تتطلب رعايته الانتباه من القرين اليه ، انهما يشعران بالاستنكار والاستياء من

الاحتياجات الملقاه على عاتهقما للطفل ، لأنهما يشعران بعدم الكفاءة على تلبية تلك المسئوليات...

ان جميع ردود الفعل لدى العديد من الوالدين تعكس نغمة انفعالية واحدة أثناء الحمل، وبعد ذلك تنتقل إلى نغمة أخرى بعد مجئ الطفل. والوالدان ذوى تقدير الذات الواقعى والعلاقات الزوجية ذات النموذج المنفتح يكونان أكثر استعداداً لمسايرة نجئ طفل فى علاقاتهما الزوجية على عكس الوالدين اللذين تسود بينهما علاقات ذات نموذج منغلق.

٥- توافق الأسرة مع العضو الجديد :

لقد كان دخول طفل جديد فى نظام الأسرة حدثاً سعيداً . ومولد الطفل يعنى نهاية انتظار طويل مدته تسعة أشهر كما يعنى نهاية القلق . إن للأطفال الرضع والأطفال الصغار دلالة ايجابية فى مجتمعنا لدرجة أن العديد من الأدبيات تتغاضى عن ذكر الجوانب السلبية للوالدية . كما أن وصول الطفل الأول يغير حياة الرجل والمرأة بشكل أعمق من الزواج نفسه فيتحول مركز الأسرة نظراً لتركيز الانتباه الآن على المولود الجديد وينظر إلى كل شئ بالنسبة للأطفال فى الأسرة. لقد أصبحت الأسرة نظاماً جديداً .

التغير فى الوضع الاجتماعى :

إن قائمة التعقيدات ، والمتاعب ، والنفقات وتغيير أساليب الحياة قائمة لاتنتهى. وكثير من تلك الجوانب السلبية للوالدين لم تكن كلها تختفى تحت ظلال الفرح الشديد والسرور الذى يجلبه الطفل للوالدين الجديدين. ومصاعب تغيير حفاض الطفل وسهر الليالى بسبب بكاء الطفل تتلاشى مع أول ابتسامة، أول خطورة وأول كلمة يتكلم بها الطفل. ومع تلك الانجازات الأولى، قد يبدأ الوالدان فى رؤية ثمار أحلامهما وأمالهما – وهى أطفال أصحاء، أذكياء . ذوى قدرة ويتمتعون بالجمال، يفعلون كل الأشياء التى فعلها والداهما أو كانا يتمنيان فعلها .

ان مجئ طفل للأسرة يغير الوضع الاجتماعى لها بصورة واضحة ،فالعديد من الارتباطات التى كان يستمتع بها الوالدان تنخفض قيمتها بسبب متطلبات الطفل

ومواعيد غذائه . وتنخفض عضويتهما فى الجماعات الاجتماعية لأن هناك أصدقاء وأزواج لايهتمان باحتياجات الطفل . وفى المجتمع الكبير قد يجد الزوجان مختلف التوقعات الخاصة بمجئ طفل لهم : فبعض هذه التوقعات تقدم فوائد وفرص لن تكون متاحة من قبل مثل زيادة مسئولية الفرص المهنية ونظرة قادة المجتمع اليهم باحترام . ان التوقعات قد تزيد من الضغوط على الزوجين لتبنى أسلوب حياتى عام يتصارع مع الأسلوب الذى يفضلانه . وعموماً فان الوضع الاجتماعى للزوجين يتغير، ويجب عليهما التكيف مع وضعهما الجديد فى المجتمع .

التغير فى الوضع الاقتصادى :

وقد تصيب المشكلات المالية الوالدين الجدد أيضاً . وقد يتعين على الزوج أو الزوجة – وغالبا ما تكون الزوجة – أن تتخلى عن عمل يسهم بمبلغ أساسى فى دخل الأسرة لكى تظل فى البيت مع الطفل . وفى البداية يمكن أن تتفاعل الأم بشكل ايجابى مع دورها الجديد، لكى تجد فيما بعد أن الروتين اليومى مملاً ، ويصبح نقص مصاحبة الكبار والتفاعل مثيراً للعزلة والاحباط . وحتى لو كان بمقدورها أن تعود لعمل مأجور فيما بعد ، فإن الدخل الصافى يظل قليلاً بسبب نفقة رعاية الطفل ، والضغط المالى الناجم عن النفقات الإضافية لتربية الطفل التى يمكن أن تفرض على أحد الوالدين – وعادة ما يكون الأب – أن يشتغل فى عمل ثان . وقد يسبب الضغط البدنى والعاطفى الناشئ عن العمل الإضافى إلى تقليل أو تخفيض الوقت الذى يقضيه أفراد الأسرة مع بعضهم البعض توتراً اضافياً فى علاقات الأسرة.

يختلف الوضع الاقتصادى للوالدين الجدد عن وضعه السابق لمجئ الطفل فيتم منحهما فوائد مالية ويصيران مسئولين مادياً . ومن ناحية أخرى فإن نفقات المعيشة تزداد بشكل مفاجئ ولا تترك للزوجين إلا القليل من المال حتى الزوجين نوى المصادر المادية فيجدان النفقات المتزايدة للأسرة تتطلب مراجعة السياسة الاقتصادية ولقد لاحظنا سابقاً أن المال وادارة المال من الممكن أن تكون سبباً فى صراع العلاقة الزوجية وعندما تظهر مثل هذه الصراعات يكون من الضرورى التوافق الاقتصادى .

التغير فى القواعد الأسرية :

وقد يكون للطفل الجديد فى الأسرة أثراً ايجابياً وسلبياً على العلاقة الموجودة بالفعل بين الزوج والزوجة . فالطفل يمكن أن يزيد من تقارب الوالدين مع التزامهم بهدف مشترك. ومن ناحية أخرى ، فان وجود الطفل يمكن أن يؤدى إلى النزاع والصراع . ويمثل وصول الطفل الأول تغيراً جذرياً فى أسلوب حياة الزوجين . وقد وجد ساتير Satir (١٩٩٤) أن نسبة كبيرة من المتزوجين أشاروا إلى أنه حدث تدهور فى الجوانب الايجابية للزواج بمرور الوقت . وكان التدهور أشد بين الزوجين اللذين لديهما أطفال . فبقدوم الطفل الجديد يمكن أن يطرأ تعديل أو تقييد على الأنشطة الترفيهية والأنشطة الاجتماعية. وقد يصبح السفر لمسافات طويلة أو لفترات ممتدة مقيداً لحرية الوالدين : بسبب النفقة ، أو عدم الملائمة ، وأحياناً بسبب السلوك غير المتعاطف للطفل . وقد تصبح التسلية مشكلة بسبب نفقة جليسات الأطفال أو صعوبة الحصول على مثل تلك الخدمات .

إن القواعد التى يستخدمها الزوجان لتنظيم علاقاتهما يجب أن تتسع أو تتغير حتى تناسب مجئ العضو الجديد . إن التغير فى العلاقات الزوجية يتبع بشكل حتمى التغير فى القواعد الأسرية – تلك التغيرات قد تكون فى اتجاه المشاركة والنمو إذا كانت أنماط التفاعل والتواصل منفتحه.

التغير فى أنماط العلاقة

إن إعادة ترتيب الجداول الزمنية وإعادة تخطيط المشاركة الاقتصادية والاجتماعية والتغير فى الأدوار الأسرية يؤدى بشكل واضح إلى التغير فى أنماط العلاقة بين الوالدين . فبتغير الأنشطة والمسئوليات المنزلية مع مجئ الطفل يتم عمل ترتيبات جديدة لتلبية تلك الواجبات والمسئوليات ، فالوقت الذى كان يقضيه الزوجان معاً لابد أن يشاركهم فيه الطفل ويتم عمل جدول جديد لوقت خاص.

وفى الفترة الخاصة بالتوافق يكون أمام الزوجين فرصة لتقوية وتوسيع علاقاتهم من خلال الدعم المتبادل للاحتياجات المرتبطة بشكل العلاقة الجديدة.

المراجــع

١- بشير صالح الرشيدى ، ابراهيم محمد الخليفى (١٩٩٧) : سيكولوجية الأسرة والوالدين، الكويت : ذات السلاسل.

٢- جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين كفافى (١٩٩٠) : معجم علم النفس والطب النفسى. القاهرة : دار النهضة العربية.

٣- حسن مصطفى عبد المعطى ، راوية محمود حسين (١٩٩٣) : التوافق الزواجى وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب . مجلة علم النفس، العدد ٢٨، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤- رشاد عبد العزيز موى (١٩٩٠) : دراسة لأثر بعض المحددات السلوكية على الدافعية للانجاز. مجلة علم النفس ، العدد ١٥، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٥- سامية مصطفى الخشاب (١٩٩٣) : النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة. القاهرة: دار المعارف.

٦- سناء الخولى (١٩٨٢) : الزواج والعلاقات الأسرية. الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

٧- عزت حجازى (١٩٨٥) : الشباب العربى ومشكلاته . سلسلة عالم المعرفة، الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٨- كمال ابراهيم مرسى (١٩٧٩): القلق وعلاقته بالشخصية فى مرحلة المراهقة. دراسة تجريبية، القاهرة : دار النهضة العربية.

٩- كمال محمد دسوقى (١٩٧٦) : الاجتماع ودراسة المجتمع . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

١٠- كمال محمد دسوقى (١٩٧٩) : النمو النفسى للطفل والمراهق. بيروت : دار النهضة العربية.

١١- كمال محمد دسوقى (١٩٩٠) : ذخيرة علوم النفس . القاهرة : مؤسسة الأهرام للنشر والتوزيع.

١٢- محمودحسن (١٩٨١) : الأسـرة ومشكلاتها . القاهـرة : دار النهضة العربيـة.

13- Bach, G., and Deutch, R.M.(1970): Pairing, New York : Wyden Books.

14- Chinn, P.C. Winn, J.& Walters (1998) : Two -Way talking with parents of special children: A process of positive communication Saint louis: The C.V. Mosby Co.

15- Cooper D. D. (1970) : The death of the family. New York : Pantheon Books, Inc.

16- Ford, F.R., and Herrick, J. (1974) : Family rules : family life styles. American Journal of Orthopsychiatry.

17- Jackson, D. (1995):The study of the family . Family Process.

18- Kelley, E.C. (1996) :The meaning of wholeness. ETC., A Review of General Semantics.

19- McGinnis, T.C., and Finnegan. D. G.(1976): Open family and marriage : a guide to personal growth. St. Louis: The C.V. Mosby Co.

20 - Minuchin, S.(1974): Families and family therapy. Cambridge. Mass. : Harvard University Press.

21- Otto, H.(1970) Has Monogamy failed? Saturday Review.

22- Riskin, J.(1963): Methodology for studying family interaction. Archives of General Psychiatry..

23- Satir, V. (1964) :Conjoint family therapy. Palo Alto : Science Research Associates, Inc.

24- Satir, V. Peoplemaking , P.A. (1972) : Science Research Associates, Inc.

25- Vander Zanden, J. W.(1980): Sociology : a systematic approach. (2nd ed.) New York : The Ronald Press Co.

الفصل الثانى
التفاعل بين الوالدين والطفل

- مقدمة.
- أساليب تربية الطفل:
  - أبعاد تربية الطفل.
  - السيطرة الوالدية.
  - سيطرة الوالدين وسلوك الأطفال.
- اساءة معاملة الأبناء:
  - تعريف اساءة معاملة الطفل.
  - معدل حدوث اساءة معاملة الطفل.
- أسباب اساءة معاملة الطفل.
  - أثر اساءة المعاملة على سلوك الأطفال.
- نمو التعلق بالوالدين:
  - أبحاث بولبى.
  - دورة تطور التعلق الاجتماعى
  - التعلق والاستكشاف.
  - التنشئة الاجتماعية والتعلق الاجتماعى.



مقدمة :

لاشك فى أن أهم مؤثر فى التنشئة لاجتماعية للطفل هو الأسرة، وخاصة الوالدان، فالطفل فى مرحلة طفولته الأولى وقبل دخوله المدرسة يقضى معظم وقته مع والديه، كما أنه يقضى فى المنزل وقتاً أكثر مما يقضيه مع أقرانه، ولذلك فإن الاتجاهات والخلفية المنزلية العامة التى يهيئها الوالدان (من الأشياء المستحبة والأشياء غير المتسحبة) – لها تأثير بالغ على نمو الطفل وتوافقه خلال تلك السنوات المبكرة، وحتى فى سنوات الطفولة المتأخرة وفى فترة المراهقة فإن المتطلبات الوالدية العامة وإجراءات تربية الطفل السابقة تضفى قدر أكبر من السيطرة على السلوك النامى للفرد .

ان التأثير القوى والممتد أى طويل المدى للوالدين على نمو الطفل اجتماعيا وعلى شخصيته يمثل حجر الزاوية الذى لون وشكل العقل الواعى فى نظرية "فرويد" (١٩٣٥) عن نمو الشخصية، وأهم ما فى تلك النظرية هو فكرة أن الطفل فى نموه المبكر يتوحد مع identify with والديه من نفس الجنس لكى ينمو نمواً طبيعياً، ومن خلال هذا التوحد يتعلم الطفل بعض أنماط السلوك الاجتماعى المقبول ويبدأ فى اكتساب دور الجنس .

كما أن الوالدين يستخدمان المكافآت والعقاب عند تعليم أطفالهما كيف يسلكون، ومن ثم فإن شخصية الوالدين وسلوكهما مهمان لأنهما يؤثران على الطريقة التى ينشأ بها الطفل اجتماعياً من خلال تقويمهما النموذج وغيره من وسائل التربية.

ومع أن نظرية التعلم الاجتماعى لبندورا Bandwra (١٩٦٩) قد ركزت على وسائل تربية الطفل لتفسير نمو الشخصية، فقد أكد أيضاً كل من : ميشيل Mischel (١٩٧٠) ، سيرز وماكوبى وليفين Sears, Maccoby & Levin (١٩٥٧) ، وسيرز ورو وألبرت Sears, Rau & Albert (١٩٦٥) عن دور الوالدين كنماذج وكمعززين للسلوك الاجتماعى ، ولذلك فإن مداخل التنشئة الاجتماعية التى تستند إلى نظرية التعلم تؤكد على وجود تفاعل متبادل بين الوالدين

والطفل، فلا يقتصر الأمر على أن الوالدين ينشئان الطفل اجتماعياً بل أن الطفل أيضاً ينشئهما اجتماعياً (Rheingold , 1969, Martin,1975 Bell, 1968). وكنتيجة لهذا التأكيد على التفاعل المتبادل بين الوالدين والطفل بدأ علماء النفس يتراجعون تدريجياً عن فكرة نموذج السببية للوالد Parent Causation madel والتى بمقتضاها يتسبب الوالدان فى أن يسلك الطفل سلوكيات معينة وبطريقة معينة، مثال ذلك : فإن الطفل الذى يسلك سلوكاً عدوانياً يقلد نفس سلوك الوالدان اللذين سلكا مثل هذا السلوك نحوه ، وبذلك فهما يقدمان النموذج العدوانى للطفل ومن هنا يتضح أن النموذج المتفاعل السببى interactive causation model يؤكد على التفاعل بين الوالدين والطفل . التالى لهذا المدخل:

وسوف نتناول فيما يلى بعض المظاهر المرتبطة بالتفاعل بين الوالدين والطفل فى تأثيرهما على شخصية الأبناء ومشكلاتهم النفسية - منها :

١- أساليب تربية الطفل.
٢- اساءة معاملة الأبناء .
٣- نمو التعلق بالوالدين.

١- أساليب تربية الطفل

إن الأبحاث السابقة فى تربية الطفل وأهميتها بالنسبة لنمو الشخصية اعتمدت فى معظمها على فرويد Freud (١٩٣٥) ، والذى أكد على أهمية إحكام سيطرة الوالدين فى نمو السمات الثابتة للشخصية، ومن ثم فإننا نتساءل عن الكيفية التى ترتبط بها سيطرة الوالدين لتوحد الطفل مع والديه.

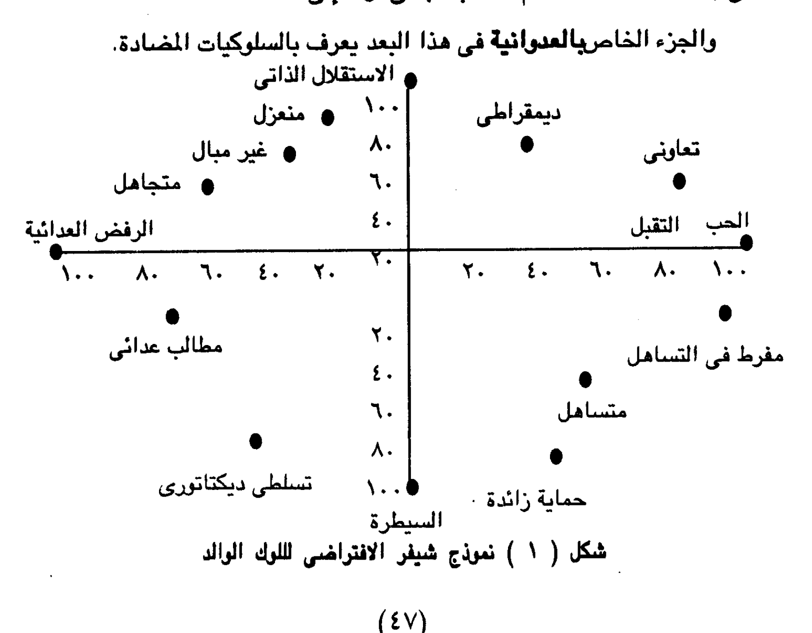
أبعاد تربية الطفل :

لقد استهدفت الأبحاث حول العلاقات بين الوالدين والطفل الكشف عن الأبعاد النفسية لوسائل تربية الطفل، وبتصنيف الأباء تبعاً لهذه الأبعاد، ثم دراسة سلوك أطفالهم جعل من الممكن ربط وسائل تربية الطفل بسلوكه. وهناك طريقة أخرى تقوم

بدراسة الوسائل التى يتبعها الوالدان فى تربية أطفالهما الذين يشتركون فى سمات مشتركة مثل الانحراف أو العدوانية أو الاضطراب الانفعالى (Marten, 1953) ، والغرض من هذه الدراسات هو تحديد أى أنماط تربية الأطفال يمكن أن تنبئ بمشكلات الطفولة. وقد حلل شيفر Scheffer (١٩٥٣) التفاعل بين الأمهات وأطفالهن من سن شهر واحد إلى سن ثلاث سنوات وحدد للسلوك الأمومى بعدان هما : الحب فى مقابل العداء، والسيطرة فى مقابل الاستقلال الذاتى، وذلك باستخدام التحليل العاملى الذى يعتبر بمثابة وسيلة إحصائية لتحديد عدد الأبعاد اللازمة لوصف الارتباطات بين عدد من المتغيرات. ويرى بيكر Becter (١٩٦٤)، كرج Krug (١٩٦٤) أن وصف السلوك الأمومى يتضمن ثلاثة أبعاد هى : (السيطرة فى مقابل الاستقلال الذاتى، والحب فى مقابل العدوانية، القلق الانفعالى فى مقابل الانفعال الهادئ Calm detachment).

والنقاط النهائية لهذه الأبعاد محددة بأفعال أبوية مختلفة ،**فالدفء** مثلاً: يعرف بأنه يتضمن القبول والموافقة والاستجابة الإيجابية للاعتمادية، واستخدام المدح بسخاء، وقلة استخدام العقاب البدنى، وما إلى ذلك .

والجزء الخاص**بالعدوانية** فى هذا البعد يعرف بالسلوكيات المضادة.



شكل (١) نموذج شيفر الافتراضى للسلوك الوالد

أما بعد **السيطرة والاستقلال الذاتي** يتعرف عليه من خلال السلوكيات المرتبطة بفرض متطلبات للتواضع وآداب المائدة ، والطاعة، السلوك العدواني، وما شابه ذلك:

والارتباط الانفعالي القلق anxious emotional involvement يشير إلى الحماية الزائدة وما شابه ذلك من سلوكيات .

إن سلوك الوالدين يمكن تقديره في هذه الأبعاد، ويمكن اكتشاف الفروق في طرق تربية الأطفال بين الآباء الذين يبدون أنماطاً سلوكية مختلفة. مثال ذلك : أن بيكر Becker (١٩٦٤) قد وصف كلا من الآباء **الديمقراطيين** والآباء **المتسلطين** بأنهم يحصلون على تقديرات أعلى في أبعاد الدفء والسماحية ، مع فارق أن الوالدين المتسلطين يحصلون على تقديرات أعلى في الارتباطات الانفعالية، في حين أن الوالدين الديمقراطيين يسجلان درجة أقل في هذا البعد، أي أن الوالد الديقمراطي يبتعد (أو ينفعل) في هدوء .

السيطرة الوالدية

أوضح هوفمان Hoffman (١٩٧٠) ، سالتزستين Saltzstain (١٩٦٧) الطرق التنظيمية المختلفة بأن لاحظا أن هناك ثلاثة أشكال على الأقل من العقاب يستخدمها الوالدان :

أ - **التأكيد على القوة** Power assertion : ويشير إلى استخدام العقاب البدني، الحرمان من الأشياء المرغوبة أو الامتيازات أو التهديد بذلك . وباستخدام هذا الشكل من العقاب يسيطر الوالد على الطفل من خلال ضعف الطفل وليس من خلال الذنب الذي ينجم عن تعرف الطفل على ذاته في والديه.

ب - هناك شكلان من وسائل السيطرة ذات طبيعة سيكولوجية هما : **التأكيد على عدم القوة، والسيطرة من خلال سحب الحب** Love-withdrawal ، والانسحاب يتضمن التعبير غير البدني للغضب الوالدي أو عدم الموافقة، مثل التجاهل، العزل والتعبير عن عدم الرضا للطفل. وهذه الوسائل قد تكون أكثر عقابية من العقاب التقليدي بسبب تهديدها الواضح بالتباعد، والذنب بدوره

يمكن أن ينشأ ويبدأ فى السيطرة على سلوك الطفل. وبعكس تأكيد (فرض) السيطرة فإن سحب الحب Love wighdrawal لقد يستمر لفترة طويلة بدلاً من أن ينتهى بسرعة نسبياً كما يحدث فى حالة العقاب البدنى.

جـ - أما الوسيلة الثالثة التى لاتلجأ إلى القوة هى : **الاستقراء** induction، فعندما يفسر الوالد لماذا يجب ألا يقبل الطفل على سلوك ما - مثل تحذير الطفل من النتائج الخطرة للمس موقد ساخن أو اللعب بالكبريت، فإن الوالد إنما يستخدم السيطرة الاستقرائية ليحاول إقناع الطفل بتغيير هذا السلوك من خلال قدرة الطفل على فهم أن بعض المواقف تتطلب ألواناً معينة من السلوك (Hoffman, 1970) . وثمة مظهر أخر للسيطرة بالاستقراء يتضمن إيضاح تأثير سلوك الطفل على الآخرين. وهذا ما ينمى فهم الطفل لمدارك الآخرين ويساعده على إدراك تأثير أفعاله على الآخرين.

ومن أمثلة السيطرة بالاستقراء ما يتضمن الإشارة إلى مخاطر الجرى داخل المنزل، أو حمل الغازات بطريقة غير سليمة، أو دفع الأطفال الآخرين وما إلى ذلك. وهذا النوع من السيطرة ينمى مظاهر النمو الخلقى، وبعكس استخدام مظاهر القوة وسحب الحب، فإن الاستقراء لايقوم بأى محاولات لعقاب الطفل، إذ يحاول الوالد أن يدرب الطفل على فهم نتائج أفعاله فى إطار موقف عقابى له تأثيرات مختلفة على نمو الطفل. ولدينا بعض الأدلة على أن الوالدين اللذين يسجلان تقديرات عالية فى العدائية يميلان لاستخدام السيطرة التى تؤثر على القوة .

والوالدان اللذان يسجلان تقديرات عالية فى الدفء يميلان لاستخدام المدح والاستقراء ، حيث أن الوالدان اللذان يستخدمان العقاب البدنى يكون أطفالهم أكثر عدوانية ، أى أن الآباء الأكثر عدوانية ينشئون أطفالاً أكثر عدوانية وهذا هو الواقع.

سيطرة الوالدين وسلوك الأطفال :

لقد ربطت بعض الأبحاث أنماط السيطرة التى يتخذها الوالدان فى تربية الأطفال بسلوكهم. وقد لخص بيكر Becker (١٩٦٤) بحثاً فى إطار أبعاد سلوك الوالدين التى ناقشناها. وبصفة عامة توجد أدلة وافية لتبيان أن الوالدين اللذين يستخدمان قدراً كبيراً من العقاب البدنى ينشئان أطفالاً عدوانيين بمقاييس أخذت فى المنزل وفى المدرسة وفى مواقف اللعب بالدمى. وهذه العلاقة بين عدوانية الوالد والطفل ترجع إلى ثلاثة عوامل :

- استخدام الوالدين للعقاب البدنى قد **يسبب الإحباط للطفل**، وهذا بالتالى قد يولد الغضب الذى يظهر فى شكل سلوك **عدوانى** .
- أن الوالدين اللذين يستخدمان العقاب البدنى فى محاولة للسيطرة على سلوك أطفالهما **يعتبران نموذجاً لاستخدام العدوانية**، والواقع أن هذين الوالدين قد يعلمان أطفالهما أن يسلكو سلوكاً عدوانياً.
- أن الوالدين العدوانيين اللذين يستخدمان العقاب قد **يعززان بطريقة مباشرة السلوك العدوانى لدى أطفالهما**.

ولاشك أن هناك بعض الحقائق فى كل من هذه التفسيرات. وفى الوقت الحالى ليس باستطاعتنا إلا أن نقرر أن كل فرض له ما يؤيده فى الأبحاث ، غير أنه فى المستوى الوالدى العملى تظل الحقيقة قائمة وهى أن الوالدين اللذين يستخدمان العقاب ينشئان أطفالاً عدوانيين.

إن الجزء الأكبر من الأبحاث عن سيطرة الوالدين على سلوك الأطفال يختص ببعد السيطرة والاستقلال الذاتى، وتؤيد البحوث الافتراض أن الوالدين **المسيطرين restrictive** وهما أولئك اللذين **يجبران الطفل على الالتزام بمعاييرهما ، وأنهما يربيان أطفالا سلبيين ومنسحبين اجتماعياً وغير أكفاء** . وبالمقارنة فإن الوالدين اللذين يتسمان **بالسماحية Permissive** ، أى : اللذان لا يتطلبان درجة عالية من الإذعان لمعاييرهما، فإنهما **يربيان أطفالاً يتصرفون بطريقة أقل حرصاً ويميلون لدرجة كبيرة من العدوانية**، وتدل المعلومات المستقاه من "

معهد أبحاث فيلز Fels فى دراسة طولية لكاجان وموس Moss & Kagan (١٩٦٢) تدل على أن تأثيرات السيطرة الأمومية فى فترة الطفولة المبكرة (من الميلاد الى سن ثلاث سنوات) لها تأثيرات تمتد إلى فترة طويلة .

إن **أطفال الأمهات المانعات (المسيطرات)** restrictivenss يميلون إلى أن يكونوا أكثر إذعانا واعتمادا على الراشدين، وأقل عدوانية على الراشدين، وأقل عدوانية وتنافسية. أن المنع الأمومى خلال فترة العمر ٣ - ٦ سنوات كان لها تأثير أكثر تعقيداً إلى حد ما . إن الصبية الذين يتعرضون للمنع سلكوا بطرق تتسم بالخوف والاعتمادية خلال سنوات الطفولة المتأخرة، ولكنهم كانوا أكثر عدوانية (تنافساً وتأكيداً) فى فترة المراهقة.. إن النمط العام للتفاعل مع الأقران كان يدور حول محاولات لكسب تقبل الأقران . وثمة ميول مشابهة كانت موجودة بالنسبة للبنات فى فترة الطفولة المتأخرة، وفترة المراهقة المبكرة ، ولكن مع بلوغ سن المراهقة تظل البنات سلبيات ويتصفن بالاعتمادية ، ومن ثم يبدو أن السلبية تؤدى الى طراز سلبى اعتمادى للتفاعل الاجتماعى، وتؤدى السماحية فيما بعد إلى زيادة عدوانية الشخص وإن كانت عدوانية ملائمة ومقبولة.

جدول (١) التفاعلات فى نتائج الدفء فى مقابل العدوانية، والمنع مقابل السماحة

نمط التفاعل	المنـع (السيطرة)	السماحــة
الدفء	- خاضع، معتمد، مؤدب، مطيع. - عدوانية إلى الحد الأدنى - الصبية معتمدون ، غير ودودين، غير مبتكرين، موافقة إلى الحد الأقصى.	- نشيط، منغلق اجتماعيا، مبتكر، عدوانى. - الحد الأدنى من فرض القواعد على الأبناء - يهملوا فى اتخاذ دور الراشدين، الحد الأدنى من العدوانية الذاتية بالنسبة للأولاد، مستقلين، ودودين، مبتكرين. - عدائية منخفضة.
العدائية	مشاكل عصبية، أكثر مشاجرة وخجلاً مع الأقران. - ينسحبون اجتماعياً. - انخفاض فى اتخاذ دور الراشدين. - عدائية ذاتية الى الحدا لأقصى	- انحراف . عدم خضوع - أقصى عدوانية

إن تأثير المنع (السيطرة) / السماحية من الوالدين على نمو الطفل يرتبط بالمناخ العام للمنزل والذى تحدث فيه هذه العلاقة (Beker. 1984) . إن **السماحية** عند استخدامها فى مناخ منزلى يتسم بالعدوانية تؤدى إلى العدوانية عند الأطفال وإلى حدوث الانحراف فى الأحداث . ويؤدى إلى الجمع بين السماحية والعدوانية إلى توليد أقصى درجة من العدوانية. إن المنع فى مناخ عدائى يؤدى إلى مستويات أعلى من العدوانية الذاتية أو القلق أو أعراض عصبية أخرى. ويؤدى الجمع بين السماحية والدفء إلى أطفال ودودين ومعتمدين ومبدعين وأقل نسبياً فى مقاييس العدوانية.

إن الأطفال الذين يربون فى مناخ "مانع" **restrictive** ولكن دافئ يميلون إلى أن يكونوا معتمدين، غير ودودين وأقل ابتكاراً، وأكثر عدائية. أما الأطفال الذين يربون فى بيوت تتسم بالسماحية مع الدفء يميلون لأن يكونوا اجتماعيين ومسيطرين، ولكن فى حدود ملائمة ومقبولة من الآخرين.

والخلاصة أنه من المهم أن نؤكد بصفة عامة أن المنع والسماحة كلا منهما له نتائج سلبية وإيجابية، وفى حين يؤدى المنع الى سلوك مناسب اجتماعياً ومضبوط، فإنه يساعد أيضاً على الاعتمادية ويقلل الاجتهاد العقلى ، كما أن السماحية تؤدى الى سلوك اجتماعى وانطلاقى، ولكنها تؤدى أيضاً إلى عدوانية زائدة .

والجدول السابق يوضح العلاقات بين سلوك الأطفال من ناحية وبين الدفء - العدوانية ، والمنع - السماحية من ناحية أخرى .

- إن السماحية فى مناخ عدائى تزيد العدوانية إلى أقصى حد وتزيد من السلوك المفتقر إلى السيطرة .
- والمنع عند جمعه مع العدائية يزيد العدوانية الذاتية (ميول انتحارية) والانسحاب الاجتماعى.
- أما الدفء والسماحية فيزيدان الفردية والسمات الاجتماعية الإنطلاقية .
- وأخيراً فإن **المنع فى مناخ دافئ** تؤدى إلى أطفال على درجة عالية من الإذعان.

إن هذا التعميم يجب تفسيره ببعض الحذر فى معظم الأبحاث فلم يتم التوصل إلى أدلة عن الأباء . علاوة على ذلك فإن النتائج محدودة بدرجة كبيرة وقاصرة على الطبقة المتوسطة، وأن الأوصاف الواردة هنا تقدم بعض الأدلة عن الأبوة، ولكن يجب ألا تؤخذ على أنها حقيقة مطلقة. وفى التحليل النهائى توجد نماذج أبوية ونماذج عن تربية الطفل ولاتستطيع أن تحدد أيهما يناسب كل أب.

اساءة معاملة الأبناء

لايمكن أن تكون هناك أى مناقشة كاملة عن تربية الأطفال child rearing بدون اعتبار المشاكل الصعبة المعقدة التى تتعلق بإساءة معاملة الطفل child Abuse ، وقد لايوجد أى جانب لتربية الطفل يثير الرأى العام لدرجة أكبر مما أثاره هذا الجانب فى العصر الحديث. وحيث أننا لانستطيع أن نطرق سوى القليل من الموضوعات المتصلة بهذا الموضوع، فإن القارئ المهتم قد يحب الرجوع إلى آراء بعض الباحثين مثل :(Collmer, Park, 1972 , Rigler, Spinetta, 1977 , Bessharou, Fantana, 1975).

تعريف إساءة معاملة الطفل :

إن إساءة معاملة الطفل يرجع عادة إلى الإفراط فى استخدام القوة المفروضة، وأساليب العقاب البدنى ، غير أن ثمة تعريف مناسب لإساءة معاملة الطفل يجب أن يأخذ فى الاعتبار عوامل أخرى علاوة على الاضرار الجسيمة التى يعانى منها الطفل. وحيث أن (٩٣٪) من الأباء يستخدمون العقاب البدنى بدرجات متفاوتة ، فإن التعريفات التى تقتصر على استخدام العقاب البدنى قد تكون غير تمييزية وذات أدلة عملية قليلة .

وثمة عامل إضافى يتضمن مفهوم **القصد - هل كان الوالد ينوى إلحاق ضرر جسمى بالغ بالطفل؟.**

إن إدماج القصد فى تعريف إساءة معاملة الطفل ضرورى لاستبعاد الحالات التى يحدث فيها الضرر على أنها شكل من أشكال نبذ الطفل. أن صعوبة الحكم

على القصد من جهة الوالد يصبح موضوعاً للبحث. وحيث أن الاستدلال على القصد يتسم بالصعوبة فى محاولة الاعتماد عليه، فإن بعض الأخطاء فى الحكم على القصد فى نبذ الطفل لابد وأن تحدث .

وهناك عامل إضافى آخر يجب إدراجه فى أى تعريف لإساءة معاملة الطفل، **هو معايير المجتمع المحلى الصغير** بالنسبة لتربية الأطفال وخاصة فيما يتعلق باستخدام الوالدين للعقاب البدنى ، وقد يضع ضرراً ما لنبذ الطفل فى طبقة اجتماعية معينة دون أخرى، مثال ذلك أن إساءة معاملة الطفل يعرف جزئياً بمعايير المجتمع، التى تختلف كدالة على الطبقة الاجتماعية، ومساحة الإقليم، والمجموعات الدينية وما إلى ذلك . إن إدماج معايير المجتمع فى التعريف تساعد على جعله أكثر دقة وفائدة.

لقد أقترح بارك وكولمر Parke, Collmer (١٩٧٥، ص٥١٣) التعريف التالى الذى يأخذ العوامل السابقة فى الاعتبار. " **أن إساءة معاملة الطفل يستدل عليها لكل طفل يلحق به أى ضرر جسمانى غير عرضى كنتيجة لأفعال من جانب الوالدين أو أولياء الأمور الذين ينتهكون المعايير الاجتماعية الخاصة بمعاملة الأطفال.**

كما عرف ستراوس Straus (١٩٧٩) **الطفل المساء معاملته بأنه** : ذلك الطفل الذى يتعرض لهجوم الوالدين، ويتعرض للإساءة البدنية، عن طريق العقاب البدنى، الدفع ، الركل، الضرب بشدة بواسطة أشياء حادة مثل السكين...الخ .

فالطفل المساء معاملته هو نتاج مجموعة من العوامل متشابكة معقدة، فهو يخرج من أسرة متوسطة ومنخفض المستوى ، ومن أسر يكون الوالدان أنفسهما منبوذين ومساء معاملتهما، ويكون الطفل فيها ضحية . ونتيجة للنماذج الوالدية السيئة ، حيث يكون الوالدان عدوانيين أو لديهما مرض نفسى أو عصبى ، مستوى التعليم والثقافة محدودين، العلاقة السائدة فى الأسرة يسودها التوتر والشجار الدائم، كما أن الأسرة تكون كبيرة العدد، العلاقة بين الطفل وأبويه متوترة، ويلجأ الوالدان عادة إلى استخدام العنف والضرب على الطفل، كما أن

مفهوم الذات للوالدين يكون عادة منخفض جداً، وفى أحيان كثيرة يكون معدل الذكاء للوالدين منخفض، مضطربين قلقين. وهذه هى بعض العوامل التى تؤدى الى (نبذ الطفل) (Keller & Erne, Diane, 1983).

معدل حدوث إساءة معاملة الطفل :

من الصعوبة بمكان الحصول على إحصاءات عن حدواث إساءة معاملة الأطفال فى أى بلد من بلدان العالم ويرجع ذلك إلى عدم قيام الوالدين بعرض الطفل الذى أصيب بالضرر للعلاج الطبى، وعدم قيام الأطباء بالتبليغ عن حالات إساءة معاملة الطفل، وتغير الوالدان اللذان يكرران إيذاء أطفالهما.

وكنتيجة لهذه الصعوبات وغيرها فإن الدليل على نبذ الطفل لا يمكن التوصل إليه إلا بطريقة تقريبية، وحتى مثل هذا التقدير يكون مشكوكاً فيه، علاوة على ذلك فإن الحالات الدالة على زيادة حالات إساءة معاملة الأطفال من الصعب تفسيرها لأنه لا يمكن تحديد ما إذا كانت الزيادات لاتمثل سوى الزيادة فى حالات الإساءة التى تم التبليغ عنها، أم هى زيادة فعلية فى حالات إساءة معاملة الأطفال. غير أنه ليس واضحاً ما إذا كان ذلك يمثل زيادة حقيقية فى الدليل أو هو نتيجة لاجراءات التسجيل الجديد. ورغم هذه الصعاب فإنه من الممكن الحصول على بعض التقديرات عن حوادث إساءة معاملة الطفل . وثمة تقدير متحفظ فى عام ١٩٧٠ يرى أنه كان هناك ما يقرب من خمسمائة ألف طفل منبوذ فى الولايات المتحدة (Light, 1993) وذكر آخرون أن الأعداد المبلغ عنها تعادل ٥٠٪ من الحالات الفعلية ، وهناك دليل آخر أكثر تطرفاً أصدرته وزارة الصحة والتعليم والرفاهية فى الولايات المتحدة (١٩٩٦) تفيد بأن هناك من ٥ر٢ الى ٤ مليون طفل يتعرضون لاساءة المعاملة . ومهما كان التقدير الذى تميل إلى تصديقه، فمن الواضح أن عدداً كبيراً من الأطفال يتم إساءة معاملتهم وأن المسألة تشكل خطورة. واذا كان ذلك يحدث فى الولايات المتحدة – فلاشك أن هذه الظاهرة أكثر وضوحاً وتكراراً فى الدول النامية . رغم عدم وجود احصاءات موثوق بها.

أسباب إساءة معاملة الطفل :

حاولت الأبحاث فى موضوع إساءة معاملة الأطفال أن تحدد سمات التفاعلات الشخصية والاجتماعية فيما بين الوالدين والطفل التى تتصل بنبذ الأطفال. وسوف نقصر مناقشتنا على المعلومات التى تتصل بالسمات الشخصية للآباء الذين يقومون بإساءة معاملة الأطفال، وما تتسم به علاقات الوالدين بالطفل من سمات تتصل بإساءة معاملة الأطفال. لقد وصف الآباء الذين يقومون بإساءة معاملة أطفالهم بأنهم مندفعون ، متمركزون حول نواتهم جامدون ، غير ناضجين، وما شابه ذلك . وتدل هذه الأوصاف على أن الآباء الذين يقومون بإساءة معاملة أطفالهم لديهم نقص فى الشخصية يساعدهم على التعبير عن سلوك عدوانى بكثرة وبشكل متطرف ، ولكن ليس هناك دليل ثابت يشير إلى سمات محددة أو مجموعات سمات يمكن أن تميز الآباء الذين يقومون بإساءة معاملة أطفالهم بطريقة واضحة عن الذين لا يقومون بذلك .

وهناك اتفاق على أن الآباء الذين يقومون بنبذ أطفالهم كانوا هم أنفسهم يتعرضون لإساءة المعاملة والإهمال فى طفولتهم ، وان الأباء الذين يقومون بإساءة معاملة أطفالهم هم أيضاً من أسر كانوا فيها موضع نقد ويفتقدون الرعاية، ويبدو أن الآباء الذين يقومون بإساءة معاملة أطفالهم يتعلمون أن يربوا أطفالهم بطريقة انتقالية ترجع فى جزء منها إلى أنهم يحتذون بآبائهم فى إجراءات تربية الأطفال. وكنتيجة لذلك توجد هناك درجة من ثبات التداخل بين الأجيال، والتطابق فى إساءة معاملة الأطفال .

الأسباب التى تدعو الأطفال إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم (منبوذين) :

- إهمال الأطفال وعدم السهر على راحتهم وإشباع حاجاتهم .
- انفصال الطفل عن والديه .
- التهديد بالعقاب البدنى الشديد.
- التهديد بالطرد من المنزل.
- كثرة التحذيرات .

- إذلال الطفل، ويتمثل فى الشعور المستمر بالسخرية.
- أن تكون الأم أو الأب عصبى المزاج ، يسود سلوكهما الضجر والتذمر وهما يقومان بإشباع حاجات الطفل.
- عدم حماية الأطفال والاهتمام بشئونهم .

أثر أساءة المعاملة على سلوك الأطفال :

١- إن الطفل المساء معاملته يكون قلقاً مضطرباً شديد التعلق بواليديه.
٢- القيام بأنواع مختلفة من السلوك الشاذ وقد يصل إلى درجة السلوك العدوانى ليلفت الانتباه أو القيام بسلوك يتميز بالمقاومة والعناد والثورة.
٣- فى حالات أخرى قد يعرض الطفل المنبوذ نفسه للجروح والكدمات (عدوان موجه نحو الذات) ليلفت اليه الانتباه.
٤- القيام بسلوك يدل على حقد الأطفال على البيئة المحيطة بهم ، ونجدهم يسببون مشاكل عديدة لأنفسهم وللمحيطين بهم. (مصطفى فهمى : ١٩٧٩، ١٦٢-١٦٤)

ولقد أكدنا فى هذا الفصل على أهمية دراسة التفاعلات بين الوالدين والطفل عند وصف نمو الطفل، ويتضح ذلك من الانتقاء الذى يحدث فى إساءة معاملة الطفل، إذ أنه لايتعرض كل الأطفال فى الأسرة لإساءة معاملته، ويوضح بارك وكوليمار Park & Collimer (١٩٧٥) عاملان يتصلان بالطرق التى يمكن بها للطفل أن يسهم فى تقديم إساءة المعاملة لنفسه :

- **الأول** : أن الطفل قد يكون لديه سمة وراثية أو جسمية أو سلوكية تجعله أكثر احتمالاً لأن يكون هدفاً لإساءة المعاملة .
- **والثانى** : أن التفاعل بين الوالدين والطفل قد يعلم الطفل أنماطاً سلوكية قد تؤدى إلى مزيد من إساءة المعاملة، ويعتبر رد فعل الطفل للعقاب ظاهرة ذات أهمية خاصة .

مثال ذلك : أن الطفل الذى يكون رد فعله للعقاب متسما بالتحدى، من المحتمل أن يجعل ذلك الوالد يزيد من شدة العقاب فى المستقبل، وقد تتولد حلقة مفرغة تنتهى

باستخدام الوالد للعقاب الجسمي الشديد الذي يؤذى الطفل. ولايزال هناك الكثير الذى يجب أن نتعلمه عن إساءة معاملة الطفل، وكيف نعاملة معاملة سوية، وتبدو المعالجة التفاعلية فى هذا المجال مشجعة. ومن الواضح فى الوقت الحاضر أن استخدام الوالدين للعقاب البدنى الشديد لايرجع إلى الطفل فقط ولكن يساعد على تكوين تطابق بين الأجيال فى وسائل تربية الطفل، وترجع إلى المجتمع أيضاً ، وتتحدد به .

نمو التعلق بالوالدين

إن التعلق Attachment أمر يتصل بالإنسان والحيوان ، وهو بداية لمزيد من النمو الاجتماعى كما يرى ذلك كل من : مارتن Martin (١٩٧٥)، اينزورث Ainsworth (١٩٧٣)، ماكوبى وماسترز Maccoby & Masters (١٩٧٠)، شافر وامرسون Schaffer & Emerson (١٩٦٤)

وخلال السنوات الأخيرة ازداد اهتمام علماء النفس باطراد مسار التعلق وثباته مع الوقت، وأنواع التفاعلات الوالدية التى تساعد عليه، وأهميته بالنسبة للنمو المعرفى، والانفعالى ، والشخصى .

إن التعلق يصعب تعريفه – ويعتقد معظم علماء نفس النمو أنه يستدل عليه من خلال الاستجابات التى تهدف الى البحث عن القرب Proximity من جانب الصغار فى أى جنس، وقد عرف إمرسون وشيفر Emerson & Schaffer التعلق بأنه : " **الميل من جانب الطفل للبحث عن القرب من عضو أخر من نفس النوع** " . إن التعلق يتركز عادة على أفراد معينين فقط، فى حين تظهر استجابات الخوف بالنسبة لأفراد آخرين.

إن السمة الرئيسية للتعلق هى التخصيص بالنسبة لاستجابات عضو معين أو أكثر من نفس النوع (الجنس).

إن هذا التقسيم للتعلق يتميز عن الأنماط السلوكية الأكثر شمولاً التى تسمى "بالاعتمادية" والتى نربطها بالأطفال الأكبر سناً.

وهناك أنواعا كثيرة من الحيوانات تبدى تعلقا، فصغار الفصيلة يبحثون عن اتصال بصرى أو سمعى أو جسدى أو قرب من أعضاء الفصيلة الآخرين. وهناك دليل آخر على التعلق هو احتجاج الصغير أو حزنه عندما ينفصل عن الأعضاء الآخرين فى الفصيلة. وبالنسبة لصغار الأطفال استخدم عدد من السلوكيات لتصنيف التعلق ، وهذه السلوكيات تتضمن الاحتجاج فى حالة الانفصال عن الوالد كقاعدة أمنية يكتشف من خلالها البيئة ، أو الاقتراب من الوالد، أو الخوف من الغرباء، أو الابتسام أو التحدث للأب والتعلق بالوالد. وفى معظم الأبحاث اتجهت سلوكيات التعلق هذه نحو الأم. غير أننا سنرى فيما بعد أن الأطفال أيضاً يصبحون متعلقين بالأب أو بأشخاص أو أشياء أخرى .

أبحاث بولبى :

كان جون بولبى John Bowlbly (١٩٥٨، ١٩٦٠، ١٩٦٩، ١٩٧٣) من أول الباحثين فى موضوع التعلق فى الأطفال الآدميين من الناحية البيئية ، وهو يعتقد أن التعلق البشرى له أساس بيولوجى لايمكن فهمه إلا فى إطار تطورى، وبالرغم من أنه يعترف بدور التعلم فى التعلق البشرى، إلا أنه يعترف أن التركيب العضوى الإنسانى مزود بأنماط سلوكية ثابتة نسبياً تعمل على خفض احتمال تعرض الوليد للموت قبل الوصول إلى مرحلة النضج . وهذه الأنماط التى تعتبر ضرورية لبقاء النوع تولدت عن التاريخ التطورى للإنسان : فقد قامت وظائف تشبه وظائف التعلق فى الأشكال الحيوانية الأدنى مرتبة، وأهمها "حماية الصغار" ، ولكى تكون هذه السلوكيات فعالة يجب أن تكون موجهة إلى الأعضاء الراشدين من النوع، وخاصة الأم. وهذه السلوكيات تضمن الرعاية المناسبة من الراشدين، ومن ثم تعمل كطرق يستطيع الطفل فيها أن يتأكد من البقاء طوال فترة الطفولة .

ويهدف التعلق إلى وضع الطفل على اتصال وثيق ببعض أعضاء النوع وهو ينشط عندما ينفصل الصغار عن هذا العضو أو يهددونه بذلك .

وسلوك التعلق ينتهى بالإثارة البصرية أو السمعية أو اللمسية من جهة العضو المتعلق من النوع وهو عادة الأم. وكلما كان الانفصال أو التهديد شديداً، زاد مقدار

الانفعال اللازم لإنهاء سلوك التعلق. مثال ذلك : أن التهديد الشديد قد يولد سلوكيات تعلقية لاتنتهى إلا عندما يقوم الطفل بالاتصال بالعضو المتعلق به، فى حين أن تهديداً أقل درجة قد يولد سلوكيات تعلقية تنتهى بمجرد رؤية العضو المتعلق به.

ويعتقد بولبى Bowlby (١٩٦٩، ١٩٧٣) أن الإنسان قد طور الأنماط السلوكية التى تعكس التعلق. وبتوجيه سلوك التعلق نحو الراشدين ، وعادة مَنْ يقوم بالرعاية الأولية له ، فإن الطفل يضمن الرعاية المناسبة ويزيد فرصته للبقاء الى فترة طفولة طويلة. ويقول "بولبى" أن الأطفال الصغار لديهم خمسة أنواع من السلوك المحدد تساعدهم على إحداث وإبقاء الاتصال بالراشدين منها : التشبث Clinging ، والمص Sucking ، والملاحقة Following ، تعمل على إبقاء الاتصال بالنوع. أما البكاء Crying ، والابتسام Smiling ، فيجعلان الراشد يقوم بالاتصال الاجتماعى مع الطفل. ومع نضج الطفل تتكامل هذه السلوكيات وتتركز حول الأم وتكون الأساس للتعلق بها. ومع التقدم فى السن، فإن السلوك يفترض أن يتحول من الاتصال البدنى بالأم إلى اتصال أكثر بعداً، بما فى ذلك المساندة الانفعالية emotional support.

دورة تطور التعلق الاجتماعى :

يمكن تقسيم دورة تطور التعلق الاجتماعى إلى ثلاث مراحل وهى :

١- مرحلة اللاجتماعية : (عدم التعلق الاجتماعى) :

وهى تبدأ منذ الميلاد، حيث أشارت الدلائل إلى أن الطفل الرضيع لايبدِ أى تعلق اجتماعى بالآخرين، وأعتبر الباحثون أن الرضيع (غير متعلق) اجتماعياً فى الشهور المبكرة من حياته، وليس معنى التعبير (لا اجتماعى) هنا : أن الرضيع لا يستجيب للمثيرات الاجتماعية، بل المقصود أن استجابته للمثيرات الاجتماعية لاتختلف كثيراً عن الاستجابة للمثيرات الأخرى . وقد وصل الأمر ببعض الباحثين الى افتراض أن تمييز الطفل لنفسه عن المثيرات فى البيئة الخارجية يكون

هـدفا رئيسياً لهذه المرحلة واعتبروا هذا شرطاً ضرورياً لتطور التعلق الاجتماعى فيما بعد.

٢- مرحلة " ماقبل الاجتماعية" :

وتبدأ هذه المرحلة تقريباً فى الشهور الأولى حتى الشهر السابع، وتسمى هذه المرحلة أحياناً مرحلة "التعلق غير التمييزى" . والطفل فى هذه المرحلة ، ومن خلال تفاعله مع الآخرين يتعلم أن يفرد الأشخاص كمواضيع تثيره وتستجيب له أكثر من غيرها فى العالم حوله، فهو لايزال لايعرف أن هـؤلاء الأشخاص أمه أو أبيه مثلاً، لكن يبدو أن هـذا ليس مهما فى هذه المرحلة، وتتميز هذه المرحلة من التعلق الاجتماعى بغياب الاختيار، فالطفل يبتسم للوجوه دون أن يميز وجه مألوف وآخر غير مألوف، والطفل قد يحتج إذا ما فصل عن شخص معين، لكن استبدال هذا الشخص بشخص آخر، لايؤثر فى الطفل.

٣- مرحلة الاجتماعية - التعلق الاجتماعى المتخصص:

وهذه هى المرحلة الأخيرة تبدأ عادة بعد الشهر السابع تقريباً وهنا يبدأ الطفل فى الاحتجاج إذ غاب عنه شخص معين (الأم فى العادة) ، وتظهر على بعض الأطفال علامات التعلق بأكثر من شخص، ولكن يظل هؤلاء أشخاصاً معينين، ولذا يتضح أن الطفل يكون قادراً على أن يميز أمه عن الأفراد الآخرين، فهو يتعلق بها دون غيرها، وكحاضنة رئيسية له تمثل له شخصاً ذا دلالة. ولهذا سميت هذه المرحلة بالمرحلة (الاجتماعية).

وتشير الدراسات : إلى أن التعلق يتطور بشكل سريع، ويجب ملاحظة أن المراحل السابقة للتعلق تختلف من مجتمع لآخر، كما أنها تتأثر بعوامل النضج، وبالخبرات الاجتماعية المبكرة التى يمر بها الرضيع، وتتأثر كذلك بطريقة التربية، ولذلك من الصعب ربط كل مرحلة بعمر معين.

أبحاث شافر وإمرسون Schaffer & Emarson

قام هذان الباحثان (١٩٦٤) بإجراء واحدة من أولى الدراسات الطولية حول التعلق لدى الإنسان ، مستخدمين مجموعة من (٦٠) طفلاً اسكتلندياً، وقد قام هذان الباحثان بتعريف التعلق على أنه **ميل الطفل إلى البحث عن القرب من أعضاء النوع الآخر، كما يدل على الاعتراض على الانفصال عن هؤلاء الاخرين**. وقد أرادا فى بحثهما أن يستطلعا السن الذى يبدأ فيه التعلق، ومدى شدته وأهدافه. وقد لاحظا واختبرا (٣١) ذكراً ، (٢٩) أنثى، وقد قيس التعلق فى عدد من ظروف الانفصال عن الأم : ترك الطفل بمفرده فى حجرة ، تركه مع أشخاص آخرين، تركه فى عربة خارج المنزل أو خارج محل تجارى، ووضعه فى الفراش ليلا، وضعه بعد أن كان محمولاً ، والمرور عليه وهو ما يزال فى الفراش. هذا والنتائج التى جمعت بياناتها خلال المقابلات مع الأمهات كل أربعة أسابيع فى السنة الأولى من الحياة ثم فى سن ١٨ شهراً ، كانت تتضمن :

مظهر احتجاج الطفل على الانفصال ومدى تكراره وشدته، والشخص الذى وجه اليه الاعتراض، أى الشخص الذى أدى رحيله إلى حدوث الاستجابة ويبدأ ظهور التعلق فى الربع الثالث من السنة الأولى، وفى أثناء الستة شهور الأولى يحتج الطفل عادة عندما يرحل أى شخص كان قريباً، وهو شكل من أشكال التعلق غير التمييزى. ويقترح "شافر وإمرسون" أنه فى خلال الستة شهور الأولى يبحث الطفل عن الاتصال وجذب انتباه الأغراب والمألوفين على حد سواء مما يدل على التعلق بالناس عامة. وفى خلال الستة شهور الثانية من الحياة فقط يقوم الطفل بإظهار الاعتراض على الانفصال عن أشخاص معينين وبذلك يظهر التعلق بأناس معينين، وخاصة الأم. وهذه التعلقات الشديدة تبلغ الذروة بين سن ١٢، ١٨ شهراً.

إن طفلاً واحدا أظهر تعلقا خاصا فى سن (٢٢) أسبوعاً ، ولكن الأطفال الآخرين لم يظهروا هذا التعلق إلا بعد أن بلغوا من العمر عاماً أو أكثر.

وإذا كان المتعلق به هو شئ واحد محدد، فإن ٦٥٪ من أفراد العينة اختاروا الأم. أما الأطفال الباقين فغالباً قد اختاروا الأب. وكان الأشخاص الآخرون بالنسبة للتعلق المتميز هم غالباً من أفراد الأسرة وليس من أفراد المجتمع المحلى أو أصدقاء الوالدين. وعندما يأتى الوقت الذى يكون فيه الطفل تعلقاً محدداً، فإن عدد الأشخاص الذين يتعلق بهم الطفل يزداد ببطء ، بحيث يصبح الطفل العادى متعلقاً بعدد من أشخاص مختلفين، وهو فى سن ١٢، ١٣، ١٤ شهراً. وتدل هذه النتائج على أن عملية التعلق تتكون من ثلاث مراحل : ففى المرحلة **الأولى** أو المرحلة اللاجتماعية يبحث الفرد عن الإثارة من كل أجزاء بيئته. وتستمر هذه المرحلة إلى نحو سن سبعة شهور . وفى المرحلة **قبل الاجتماعية** يقوم الفرد بتمييز الكائنات البشرية كأشياء باعثة على الرضا ويحاول نشطاً أن يبحث عنهم. وفى **المرحلة الأخيرة أو الاجتماعية**، وهى التى تبدأ فى سن حوالى ثمانية أشهر يكون الطفل متعلقا بأشخاص معينين.

إن الاحتجاج على الانفصال يقل عند سن حوالى (١٨) شهراً، عندما يتم نمو الطفل ويفهم أن الوالد ما يزال موجوداً حتى ولو لم يعد يراه.

إن هذه النتيجة تدل على أن العوامل المعرفية تلعب دوراً له دلالته فى نمو التعلق والاحتجاج على الانفصال .

التعلق والاستكشاف :

يمكن أيضا النظر الى التعلق على أنه آلية تكيفية لاكتشاف البيئة اللازمة لكى يتعلم الطفل مما يحيط به. (Ainsworth, 1973)

إن الأطفال الصغار يستخدمون الأم كقاعدة آمنة يستكشفون منها . إن التعلق يبقى الطفل على اتصال آمن بالأم، بعيداً عن الخطر، كما أنها تعمل على جعل الطفل يبحث عن الأم إذا ما طرأ خطراً . وهذا الرأى عن العلاقة بين التعلق والاستكشاف هو أساساً عبارة أخلاقية مثل الرأى الذى إقترحه "بولى" ، أن العلاقة

بين الطفل ومَنْ يقوم بالرعاية تضمن الحماية لصغار النوع اللازمين لنضج وتقدم النوع .

جدول (٢)

الوقت والأحداث فى الموقف الغريب

الأحـــــداث	الزمن بالدقيقة
١- الأم حملت الطفل الى الحجرة الغريبة، ويصحبها مراقب، ثم غادرها المراقب	٣
٢- بعد وضع الطفل على الأرضية، جلست الأم فى مقعد.	٣
٣- دخل الغريب، وجلس بهدوء لمدة دقيقة ثم تبادل الحديث مع الأم لمدة دقيقة ، ثم اقترب ببطء من الطفل، وبعد ذلك بثلاث دقائق خرجت الأم.	٦
٤- الترتيب والطفل وحدهما فى الحجرة.	٣
٥- عادت الأم وخرج الغريب، تاركاً الأم والطفل وحدهما .	٣
٦- ترك الطفل وحده.	٣
٧- عاد الغريب وبقى مع الطفل.	٣
٨- عادت الأم وخرج الغريب	انتهت الجلسة

وقد صممت إينزورث Ainsworth وزملاؤها ، ما يعرف بالموقف الغريب، كما فى الجدول (   ) والذى يتكون من سلسلة من مواقف الانفصال والاتصال بين الأم والصغير مع تتابع مخطط للمواجهات بين الطفل وشخص غريب. ويتضح من سلوك الطفل فى هذه المواقف نواحى عديدة مختلفة من التعلق . وقد استخدم ويتنج وإينزورث Witting , Ainsworth (١٩٦٩) موقف الغريب لدراسة نمو التعلق

لدى ٥٦ طفلاً صغيراً فى سن (٤٩-٥٦) أسبوعاً . وقد سجل هذا الباحثان عمليات البحث والاستكشاف والقرب والاتصال، وكذلك الإبقاء على الاتصال. وقد حدثت استكشافات حركية ويدوية وبصرية مرات عديدة عندما كانت الأم موجودة، وقلت بدرجة حادة عندما دخل الشخص الغريب الى الحجرة .

أما البحث عن الاتصال والاحتفاظ به فكانا ضعيفين أثناء الأحداث الأولى ولكنهما ازدادا أثناء الانفصال. وفى أول مرة يعاد الاتصال فيها بالأم كان الإبقاء على الاتصال وقد حدثت استكشفات حركية ويدوية وبصرية مرات عديدة عندما كانت الأم موجودة، وقلت بدرجة حادة عندما دخل الشخص الغريب الى الحجرة .

أما البحث عن الاتصال والاحتفاظ به فكانا ضعيفين أثناء الأحداث الأولى ولكنها ازدادا أثناء الانفصال. وفى أول مرة يعاد الاتصال بالأم كان الإبقاء على الاتصال متزايداً جداً، بل وتزايد أكثر أثناء الانصال للمرة الثانية. وتدل هذه النتائج على أن الأم تكون بمثابة قاعدة أمنية يبدأ منها الطفل استكشاف بيئة جديدة. وعندما تكون الأم حاضرة، فإن الطفل يشرع فى الاستكشاف ويتغلب على تعلقه، وعندما تخرج الأم يتوقف الطفل عن استكشافاته ويزيد من شدة تعلقه .

التنشئة الاجتماعية والتعلق الاجتماعى :

قامت العديد من الدراسات بدراسة آثار ممارسات التنشئة الاجتماعية المتعلقة بأوضاع الطفل فى تطور التعلق الاجتماعى عنده ، وبخلاف ما تؤكده نظرية التحليل النفسى فليست هناك أى بيانات تشير الى علاقة بين طريقة الإرضاع مثلاً (من الثدى أو من الزجاجة ...الخ) وبين شدة التعلق الاجتماعى، أو زمن بداية ظهوره، بل تشير الدراسات إلى أن الناحية العامة هى العلاقة بين الطفل وأمه فى أثناء الرضاعة.

كما أشارت الدراسات إلى أن الأمهات اللائى يستجبن بسرعة للإشارات من

أطفالهن يحصلن على أطفال أكثر تعلقاً بهن، مما يتعلق أطفال الأمهات اللاتى يتأخرن فى الاستجابة لتلك الأمهات . والأهم من سرعة الاستجابة أن تكون هذه الاستجابة مناسبة لما يبدو على الطفل من علاقات اضطراب. وهذا الأمر تتعلمه الأم بعد طول عناء بحيث تصبح قادرة على تمييز ما يريده طفلها بتلك الإشارات ، أى أنها أصبحت وإياه فى علاقة تفاعل متبادل تتأثر بإشاراته وتؤثر فيها .

وتبدو أهمية هذا التفاعل واضحة فى ممارسة التنشئة الاجتماعية، تتعلق هذه الممارسات بمدى تواجد الأم مع الطفل. فبالرغم من أن الدراسات لم تستطع تحديد الطول الأمثل للفترة التى تقضيها الأم مع طفلها، الا أن العامل الأهم هنا هو المدى الذى يتفاعل به مَنْ يعتنى بالطفل مع مدى مداعبته ، اللعب معه ، والابتسام له ، والتحدث اليه .

وأخيراً ، فهناك ممارسات أخرى للتنشئة الاجتماعية. وتلعب هذه الممارسات دوراً مهماً فى تطور التعلق الاجتماعي، والمهم هنا أن التعلق يضع الأساس لمدى تقمص الطفل للشخصية التى تعلق بها، فالتعلق أو النفور يؤثر فى الشخصية التى يتقمصها الفرد، كما يضع الأسس لعلاقات الطفل الاجتماعية بغيره من أفراد أسرته وجيرانهم، ومع كل من يتعامل معه ، وتظهر هذه العلاقات فى شكل : اللعب، الصداقة، العطف، المكانة الاجتماعية...الخ .

الأم والتعلق :

أن معظم الأبحاث عن التعلق فى الفترة الأخيرة هدفت الى التعرف على أنماط تربية الطفل التى ترتبط بأساليب الطفل فى مواجهة البيئة الغريبة ، وقد صمم كل من : اينزورث وبيل وستايتن Ainsmroth, Bell, Staytan (١٩٧٠) خطة لتصنيف الأطفال طبقاً لردود أفعالهم نحو البيئة الغريبة. وقد تحددت ثلاث مجموعات من الأطفال الصغار : (As, Bs, Cs) على أساس سلوكهم فى الموقف الغريب :

- فقد أبدت المجموعة As رغبة ضعيفة فى الاتصال أو القرب من الأم، وعندما تم حملهم لم يتشبثوا أو يقاوموا إعادة وضعهم. لقد مالوا إلى تجنب الأم أو

إهمالها عند عودتها : فقد ابتعدوا عنها وبالوالى عدم النظر إلى وجهها. ويعرف هؤلاء الأطفال أحيانا باسم " **غير المتعلقين**".

- أما المجموعة Bs فقد بحثوا عن الاتصال بالأم وأبقوا على الاتصال بها بعد انفصال قصير ، كما أنهم أظهروا درجة عالية من الأبقاء على الاتصال. علاوة على ذلك فإنهم نادراً ما تجنبوا الأم أو قاوموها. ويعرف هؤلاء الأطفال باسم "**المتعلقون فى أمان**".

- أما المجموعة Cs فكانوا يتفاعلون بعنف للانفصال عن الأم. وهم يميلون لعدم استكشاف البيئة – حتى مع وجود الأم، وبعضهم كان يبحث بنشاط عن القرب والاتصال، وفى نفس الوقت يندفعون بعيدا عن الأم، وبعض أطفال هذه المجموعة لايظهرون أى اشارات من البحث بنشاط عن الأم وهؤلاء الأطفال يعرفون أحياناً باسم "**المتعلقون فى غير أمان**".

الأب المتعلق :

هناك أدلة كثيرة على أن الأطفال الصغار يتعلقون بكل من الأب والأم منذ بداية علاقات التعلق، ولم نجد غير دراسة قامت بها لامب Lamb (١٩٧٥، ١٩٧٦) حيث قامت بدراسة التعلق بين الطفل والأب، أو دور الأب كشخص تعلقى، وأفترضت أن الطفل سوف يظهر سلوكيات تعلق مختلفة تحت الضغوط، ولكن تحت ظروف غير ضاغطة فإنهم لايظهرون فروقاً فى التعلق بالأم أو الأب. ولكى يختبر هذا الفرض صمم لامب Lamb موقفاً معيناً التواجد وعدم التواجد المنتظمان للأم وللأب ولشخص غريب.

وتعتقد لامب Lamb أن ذلك يرجع فى جزئية الى الاختلاف فى تفاعلات الأب والأم، وأثناء الحدث الأول تكون الأم والأب والطفل معاً. أما فى الحدث الثانى فتكون الأم فقط (أو الأب) مع الطفل. بينما يتضمن الحدث الثالث شخص آخر غريب مع الطفل، أما الحدث الأخير فيتضمن الأم والأب والغريب والطفل (Lamb, 1976) . وقد سجلت سلوكيات الطفل متضمنة : الابتسام، والتحدث، والنظر ، والوصول ،

والتلامس، والاقتراب، والتواجد بالقرب من شخص آخر. وقد قسمت لامب Lamb سلوكيات الطفل نحو والديه الى مجموعتين : وتكون سلوكيات الاقتراب عبارة عن استجابات توجه نحو الوالد، مثال ذلك : الابتسام، والنظر، والضحك . أما سلوكيات التعلق فهى عبارة عن استجابات تدل على التقرب وتشمل : التلامس ، والسعى لكى يحمل الطفل، والاقتراب، والسعى للتواجد أقرب ما يمكن للوالد.

وفى كل من المنزل والمختبر لم يظهر الأطفال الصغار أى فروق فى التعلق بالوالدين فى فترة الحدث الأول الخالية من الضغوط نسبياً. غير أنهم أبدوا مزيداً من الاقتراب نحو الأب أكثر مما أظهروه نحو الأم . وخلال الحدث الرابع الأكثر ضغطاً أظهر الأطفال سلوكيات تعلق أكثر نحو الأمهات منه نحو الآباء، كما وجهوا مزيداً من سلوكيات التقرب نحو الأم فى الموقف الأكثر ضغطاً. وعندما تسنح الفرصة للاختبار فى الموقف الضاغط فإن الأطفال كانوا يفضلون الأم .

وترتبط هذه الفروق فى سلوكيات التعلق والتقرب بالتفاعلات اليومية التى تحدث من الوالدين مع الطفل (Lamb, 1977) . وتقوم الأمهات باتصالات جسمية مع الأطفال أساساً فى فترة الرعاية، فى حين يؤدى الآباء الاتصال الجسمانى أساساً أثناء اللعب . وترى لامب Lamb أن الأطفال يستطيعون التمييز بين هذه التفاعلات ، وأن الفروق فى سلوكيات تعلقهم تحت تضغوط تعكس هذا المفهوم. واذا سنحت للطفل فرصة الاختبار فإنه يفضل أن يتعلق بالأم – وهى الوالد الأكثر ارتباطاً بالتغذية (التنشئة) ، غير أنه إذا لم تكن الأم موجودة فإن الأب يمكن أن يكون بديلاً مقبولاً للتعلق به . واذا لم يكن كلا الوالدين موجوداً فإن الطفل يظهر سلوك تعلق بالغريب .

أن التعلق لدى الطفل يدل أيضا على النمو المعرفى كما يظهر ذلك فى الطرق المختلفة التى يفسر بها الطفل بيئة. ويجب أن يكون الطفل قد حقق مستوى معين من النمو المعرفى قبل أن يتمكن من إدراك أنه فى بيئة جديدة ، أو أن فرداً ما غريباً. ويجب أن يتوصل الى قدر معين من التقييم المعرفى الذى يعكس تفسيراته المختلفة لتفاعلاته مع الأب ومع الأم.

المراجـع

١- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٨٩) : اتجاه الامهات نحو تربية الطفل وحياة الأسرة. المؤتمر السنوى الثانى للطفل المصرى (تنشئته ورعايته)، القاهرة : مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس.

٢- حسن مصطفى عبد المعطى ، هدى محمد قناوى (٢٠٠١) : علم نفس النمو ، الجزء الثانى (المظاهر والتطبيقات)، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٣- مصطفى فهمى (١٩٧٩) : التكيف النفسى والاجتماعى . القاهرة : مكتبة نهضة مصر.

4- Ainsworth, M.D.S. (1973) : Anxious attachments and defensive reactions in a strang situation and their relationship to behavior at home . Paper Presented at the Biennial Meetings of the Society for Research in Child Development, Philadelphia, Pa. April.

5- Bandura, A. (1969) : Social learning theory identificatory process. (In) D.Goslin (Ed.) Handbook of socialization theory and research. Chicago : Rand Mc-Nally.

6- Becker, W.C. (1964) : Consequences of different kinds of parental discipline, (In) M.L. Hoffman & L.W. Hoffman (Eds.) Review of child development research. New York : Russell sage Foundation.

7- Becker, W.C. & Krug, R.S. (1964) : A circumplex model for social bchavior in children. Child Development ,35

8- Bell, R.G (1968) : A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. Psychological Review.Vol.75.

9- Bowlby & J. (1969) : Attachment and loss : Attachment. New York : Basic Books.

10- Bowlby, J.(1973) : Attachment and loss : Seperation. New York : Basic Books.

11- Hofman, M.L. (1970), Moral development. (In) P.H. Mussen (Ed.) Carmichael's manual of child Psychology. New York : Wiley.

12- Lamb, M.E. (1975) : Fathers : Forgotten Contributors to child development. Human Development, 18, 245-266.

13- Lamb, M.E. (1976) : Therrole of father in child development . New York : Wiley.

14- Lamb, M.E. (1977) : Father - infant and mother - infant interaction in the first year of life. Child Development, 48, 167-181.

15- Light, R. (1993) : Abused and neglected children in America : A study of alternative Policies. Harvard Educational Review, 43, 556-598.

16- Martin, B. (1975) : Parent - child relations. (In). F.D. Horowitz (Ed.), Review of development research. Vol. 4 Chicago Press.

17- Parka, R.D. & Collmer, C.W. (1975) : Child abuse : An interdisciplinary analysis. (In) E.M. Hetherington (Ed.) Review of child development research. Vol. 5. Chicago : University of Chicago Press.

18- Rheingold, H. (1969) : The Social and socializing infant. (In) D.A. Goslin (Ed.), Handbook of Socialization theary and research. Chicago : Rand Mc Nally.

19- Saltzatein, H.D.(1976) : Social influence and moral development A perspective on the role of parents and Peers. (In) T. Lickona (Ed.) Moral Development and Behavior: Theory, research and social issues. New York : Hold, Rinehart & Winston.

20- Schaeffer, E.S.(1966) : A Circumplex model for maternal behavior. J. of Abnormal and Social Psgchology,59.

21- Schaffer, H.R. & Emerson, P.E.(1964) : The development of social attachments in infancy. Monographs of the Society for Research in Child Development, 29 (Whold No 94).

22- Sears, R.R., Rau, L. & Alpert, R. (1965) : Identification and Child rearing. Stanford , cal : Stanford University Press.

23-Sears,R.R., Maccoby, E.E. & Levin, H.(1957) : Pattern of Child rearing. New York : Harper & Row.

الفصل الثالث
عمل الأم والمشكلات الأسرية

- مقدمة .
- لماذا تعمل الأمهات؟
- العلاقات الزواجية للأمهات العاملات.
- عمل الأم ونمو الطفل.
- أسر العاملات ورعاية الطفل.
- سياسات رعاية أطفال الأمهات العاملات.
- أشكال رعاية الطفل وأثرها على الأطفال.
- ما هى الرعاية الجيدة ؟
- الأسر العاملة فى المستقبل

مقدمـة :

" إن عمل المرأة لاينتهى . " هكذا يقول القول المأثور عن مسئوليات النساء تجاه البيت. فالنساء اللاتى لديهن أطفالاً رضع وأطفالاً صغاراً يقضين ساعات أطول فى أدوارهن العائلية من اللاتى ليس لديهن أطفال أو الأمهات اللاتى لديهن أطفالاً كباراً . واذا أضفنا إلى العناية بشئون المنزل والأمومة العمل طول الوقت فى قوة العمل ، فإن عمل الأم يتطلب ٥٠٪ ساعات اضافية أكثر من الآباء العاملين والأفراد غير المتزوجين والذين ليس لديهم أطفال (Shehan, 1997).

ان النساء فى كل أنحاء العالم يعملن ساعات أطول من الرجال (Wade, Tavris, 1994) . والأمهات يعملن ساعات أطول من أى شخص آخر لأن مسئولياتهن الأسرية عن شئون المنزل والأطفال لا يشارك فيها الآباء بالتساوى . وفى البلاد الصناعية – سواء فى الغرب أو الشرق – تقوم الأمهات بغالبية أعمال التسوق ، تنظيف المنزل، الطهى، الغسيل ، ورعاية الطفل، بالاضافة إلى عملهن الخارجى . وعلى حين يشتغل الآباء فى تلك المجتمعات متوسط ٥٠ ساعة أسبوعياً فى العمل الخارجى وأعمال المنزل مجتمعة ، فان الأمهات يعملن فى المتوسط ٨٠ ساعة أسبوعيا فى نفس المهام (Cowan, 1983).

إن الدرجة التى عندها لايشارك الآباء فى العمل المنزلى مع زوجاتهم أوضحها شيهان وركسروات (Sheham & Rexroat, 1987) فى دراسة شملت ١٦١٨ من المتزوجين البيض عام ١٩٧٦ – فوجد أنه على حين أنه فى حالة الزوجين الذين ليس لديهم أطفال كانت الزوجات يعملن ٥ إلى ٩ ساعات أسبوعياً أكثر من أزواجهن فى العمل المنزلى والعمل الخارجى ، فان الزوجات فى الأسر التى لديها أطفال رضع وأطفال فى سن ما قبل المدرسة ، كانت الأمهات يعملن ١٦ الى ٢٤ ساعة أكثر من الآباء أسبوعياً. وإجمالى الساعات الأسبوعية التى كانت تعملها الأمهات العاملات ذوات الأطفال أقل من ثلاث سنوات كان ٩٠ ساعة أسبوعياً فى المتوسط .

ورغم عدد الساعات الهائل الذى تعمله معظم الأمهات فى العالم، فإن التقارير الذاتية للأمهات العاملات توضح أن أدوارهن المتعددة ليست ضاغطة أكثر مما تشعر به الأمهات ذات الأدوار والالتزامات الأقل (Crosby, 1987) ، وهذه الملاحظات التى تبدو متناقضة لعبء العمل الفعلى وادراك الذات للكيان البشرى تحتاج إلى حسم .(Gove & Zeiss, 1987, Adelmam, Antonucci, Coleman, 1987).

لماذا تعمل الأمهات ؟

إن معظم النساء فى قوة العمل يعملن أساسا لأن الأسرة تحتاج إلى النقود وثانياً لتحقيق ذواتهن الفعلية. وبسبب انخفاض الدخل الحقيقى للأسرة . فأن معظم الأسر تجد من الضرورى أن يعمل كلا الوالدين لدعم الأسرة عند مستوى كان يتحقق من جراء عمل أحدالوالدين فقط ، وفى أسر كثيرة يكون عمل الطرفين مطلوبا لابعاد شبح الفقر عن الأسرة . ومعظم الأمهات المطلقات اللاتى لم تتزوجن، أو الأرامل لابد أن يعملن لتلافى الفقر.

وعلى أية حال ، فإن معظم النساء لايتركن عملهن حتى ولو لم تكن الأسرة فى حاجة الى النقود . وفى واقع الأمر ، فان ٥٦٪ من غير العاملات يقلن أنهن يفضلن العمل المأجور إذا توفر لهن هذا العمل، و ٢١٪ فقط من الأمهات العاملات يتركن عملهن الحالى للبقاء فى المنزل مع الأطفال.(De Chick, 1998) . ومع أن النساء العاملات فى المجال المهنى أقلية صغيرة لكنهن ذوات صوت مسموع حول : المساواة الاجتماعية والسياسية لتوظيف المرأة ، وموافقتهن على توظف الأمهات تتمشى مع وضعهن . وتبين الدراسات المسحية للأمهات العاملات – حتى اللاتى يعملن جرسونات أو عاملات فى المصانع أو خادمات – أن هؤلاء النساء مخلصات لعملهن (Dyehouse, Hiller, 1987) ، قانعات بأدوارهن المتنوعة ، ولا يتركن العمل حتى لو لم يكنّ بحاجة الى المال. ولذا : فان الارتباطات النفسية الاجتماعية بمقر العمل ، مع الدعم الاجتماعى، ومصاحبة الكبار والاتصالات بالعالم الأكبر،

يمكن أن تفسر الظاهرة . وكمعظم الرجال ، فإن معظم النساء يفضلن الاشتراك فى المجتمع الكبير.

وتبين عدة دراسات عن الأمهات ذوات الأطفال حديثى الولادة والأطفال الرضع أن العودة الى العمل فور الولادة تعتبر دليلاً على الاهتمام الكبير بقوة العمل والاتجاهات الايجابية تجاه توظف الأمهات ، حتى بين العائلات الهامشية من الناحية الاقتصادية (Pistrang, 1994, Greenstein, 1986, Avioli, 1985).

والنساء اللاتى لايعملن خلال فترة رضاعة أطفالهن يكنّ أقل ميلاً للعمل قبل الولادة ولديهن اتجاهات سلبية عن توظف الأمهات بصرف النظر عن الموقف الاقتصادى للأسرة وبالنسبة للأمهات الثريات ، كانت الاتجاهات أهم من أى عامل آخر (Greenstein, 1986) . وهكذا ، فإن الضرورة الاقتصادية يمكن أن تدفع معظم النساء الى قوة العمل ، ولكن عوامل أخرى يمكن أن تغريهن بالعودة للعمل بعد ولادة الطفل والاستمرار فى الوظيفة.

وبصرف النظر عن الأسباب ، فان الأمهات العاملات يواصلن العمل. وتقدر إدارة العمل أنه فى بدايات الألفية الثالثة ، فإن ثلثى الداخلين الجدد إلى قوة العمل سوف يكن من النساء (Johnston, 1997) ، وأن ٨٠٪ من هؤلاء النساء أثناء فترة الحمل ينتظر أن يضعن حملهن أثناء الوظيفة. ومع ذلك، فان هناك تضارب فى كل أحاء العالم حول الأمهات اللاتى يعملن واللاتى يفوضن رعاية أطفالهن لآخرين ، وعن تناقص الوقت لمسئولياتهن تجاه الأزواج ذوى الأعمال الهامة .

والقضايا الرئيسية التى تتم مناقشتها فى هذا الفصل هى أثر عمل الأمهات وتوظفهن على علاقتهن الزواجية وعلى أطفالهن .

العلاقات الزواجية للأمهات العاملات

مثل باقى الكبار ، فإن النساء يختلفن فى طموحات عملهن، وتوقعات الأدوار الجنسية، ودرجة تلقيهن لدعم الأزواج لعملهن. وكثير من مراجعات الأبحاث عن

توظف الأمهات تبين أن عوامل التوسط تلك جوهرية فى تأثير آثار لتوظف الأمهات على العلاقات الأسرية (Locksley, 1989, Paludi, Anderson-Kulman, 1996, Smith, 1985, England, Simpson, 1992).

وبالنسبة للنساء ، تعتبر مساندة الأزواج عاملاً هاماً لنجاح العمل المزدوج للأسرة ، وليس توظف الأمهات فى حد ذاته هو الذى يؤثر على الرضا الزواجى ، ولكن " قانون تعاون الزوج" هو الذى يؤثر فى ذلك (Bernard, 1994) . ويتضمن تعاون الزوج اتجاهاً إيجابياً نحو عمل الأم والتعاون فى أعمال المنزل ورعاية الطفل (Lesslie, Shehan, Bernardo, 1987, Gilbert, 1995, 1998). والأمهات اللاتى يحصلن على دعم قليل أو لايحصلن على أى دعم من جانب الأزواج ، سواء فى الاتجاهات نحو أعمالهن أو المشاركة فى رعاية الأطفال أو الأعمال المنزلية، يتعرضن للضغط بسبب أدوارهن المتعددة (Anderson-Kulman, Pleck, 1985, Pauli, 1966) . والنساء اللاتى يحصلن على قدر كبير من الدعم الايجابى من الأزواج يشعرون بالايجابية تجاه أزواجهن وتجاه حياتهن. وبالنسبة للأمهات ، فإن نوعية أدوارهن تهم أكثر من درجة الضغط اللاتى يتعرض له (Baruch, Barnett, 1987) .

إن تقدير الأزواج وسرورهم بعمل زوجاتهم يعتمد على درجة مشاركتهم فى الأعمال المنزلية ونظرتهم الخاصة للعمل والحياة الأسرية (England, Simpson, 1992, Pleck, 1985).

وقد وجد جلبرت (Gilbert, 1985) أن الرجال ذوى الأطفال فى الأسر التى يعمل فيها الزوجان يمكن أن يعنقوا باعتبارهم تقليديين بين مشاركين ، ومشاركين فى الأدوار ، حسب درجة مشاركتهم فى مسئوليات العمل المنزلى ورعاية الطفل. والرجال الذين يشاركون بدرجة أكبر فى الأسرة يدعون أنهم راضون ، وحتى فخورون بعمل زوجاتهم (Wortman, 1987) ، ولكن الضغوط الخارجية تؤثر أيضاً على دعمهم لأعمال زوجاتهم .

وتبين إجابات الرجال الذين شملتهم الدراسة أنه بالنسبة للرجال الذين يشعرون بصراع الأدوار، فان التوتر يتركز فى الغالب حول الرغبة فى دعم طموحات الزوجات ومشاركتهم فى الأدوار الوالدية والمنزلية، وفى نفس الوقت يضعون تطلعات أعمالهم فى المقام الأول، ومع ذلك فان الزوجات كن منافسات ويشعرن بمطالب عمل عالية، ويعملن فى بيئة عمل معادية لاشتراك الرجال فى الأدوار الأسرية ... فإن كل هذه الأمور تسهم فى حدوث التوتر (Gilbert, 1985).

وبالنسبة للوالدين العاملين ، فإن رضاهم كأزواج يعتمد فى الغالب على خبرات تنشئتهم الاجتماعية والاتجاهات الحديثة عن أدوار الرجل والمرأة (Pepitone- Reckwell, 1990, Aldous, 1982) والرجال المشاركون فى الأدوار بشكل خاص يرون فى عمل الأم فرصة للزوجة لكى يكون لها كيان مستقل، وبسبب معتقداتهم فى المساواة حول الأدوار الجنسية وحقوق المرأة ، فإن هؤلاء الآباء يقدرون ويشجعون أعمال زوجاتهم، حتى رغم أنهم يضعون تكاليف الأسرة فى اعتبارهم .

إن تكاليف توظف وعمل الأم التى يحددها الرجال غير التقليديين تتضمن نقص وقت الفراغ ، وزيادة العمل الذى يقضى فى المهام المنزلية ، ونقص النشاط الجنسى بسبب التعب ونقص الوقت (Kelley, Voyandoff, 1984, Gilbert, 1985) .. والترتيبات التقليدية التى يقل فيها انشغال الأب بمسئوليات رعاية الطفل والعمل الأسرى لها بعض المميزات الظاهرة بالنسبة للأباء، ولكن حتى الرجال التقليديين يعترفون باسهام وظيفة الأم فى زيادة دخل الأسرة . وأن عدم مشاركة الزوجات فى مسئوليات الأسرة له أثر سلبى على وجهات نظرهن للعلاقة الزواجية . (Pleck, 1985, Gilbert, 1988, Bernardo, et al, 1997)

أن مزايا وعيوب توظف الأمهات متوازنة ايجابياً بالنسبة لكل من الأزواج والزوجات فى معظم الأسر العاملة (Wortman, 1987, Gilbert, 1985, Crosby, 1987) ، ورضا أو سخط الزوج يعتمد على اتجاهاته بخصوص أدوار الجنس ودرجة تصرفه فى الوقت والجهد (Voyandof Kelley,

(1994 . وبالنسبة للأمهات ، يعتمد الرضا على دعم الأزواج لأدوارهن المنزلية والأمومية ، وعلى التزامهم بالعمل قبل أن يصبحن أمهات ، وتذكر الأمهات ذوات الاهتمام الزائد بالعمل واللاتى يمكثن خمسة شهور أو أكثر فى البيت بعد الولادة أنهن يشعرن بمزيد من الضيق، ومزيد من الاكتئاب، ونقص المودة الزواجية ، وتقدير أقل للذات أكثر من النساء ذوات الاهتمام القليل بالعمل (Pistrang, 1984) . وبالنسبة للرجال ، يعتمد الرضا على درجة عدم الارتياح لوظيفة الأم مقابل زيادة دخل الأسرة (Gilbert, 1985-1988).

عمل الأم ونمو الطفل

لقد أدى الأهتمام بحالة أطفال الأمهات العاملات إلى القيام باستعراض بحثى واسع النطاق عام ١٩٩٢ قامت به الأكاديمية القومية للعلوم بالولايات المتحدة الأمريكية (Hayes, Kemerman, 1992)، فقد قامت جماعة بارزة من علماء النفس والاجتماع باستعراض الأدلة وتوصلت الى أن هناك أثاراً مستمرة لتوظف وعمل الأمهات على نمو الطفل . وفضلاً عن ذلك : فقد قالوا إن عمل الأم لايمكن أن يكون له مجموعة دائمة واحدة من الأثار على الأطفال لأن الأمهات يعملن لأسباب متعددة ويبدأن أو يقطعن العمل عندما يكون أطفالهن فى مراحل عمرية متعددة. علاوة على ذلك فان عملهن يتم فى نطاق عائلات مختلفة قد تؤيد أو لا تؤيد الأدوار المتعددة للأمهات.

وقد استعرض لويس هوفمان Lois Hoffman الأبحاث التى تناولت عمل الأم الخارجى لمدة ٥٠ عاماً، والتى بنى معظمها على فرض مؤداه أن عمل الأم لابد أن يكون له أثاراً سلبية على نمو الطفل . وفى واقع الأمر : وجد بعض الدارسين أن الأبناء الصغار كانوا يتضررون قليلاً بفقدهم لاهتمام الأم فى السنوات الأولى. وبطبيعة الحال كانوا يلحقون أطفالهم ببعض أنواع الرعاية النهائية، التى كان يمكن ألا تكون عالية الجودة.

وعكس ذلك فقد ربينت دراسة البيانات أن بنات الأمهات العاملات كان يقال أنهن **أكثر ثقة بالنفس، ويحققن تفوقاً فى الدراسة**، ولكن **يلتحقن بالعمل أكثر** من بنات الأمهات غير العاملات. فى حين أن معظم الأبناء **كان لهم نماذج أدوار الآباء العاملين الأكفاء**، وكان لبنات الأمهات العاملات مثل ذلك النموذج فى الأنجاز.

ولاحظ هوفمان Hoffman أيضاً أن قليلاً من الباحثين سألوا عن كيفية استفادة الأبناء من عمل الأم نتيجة لارتفاع الدخل ، وزيادة تقدير الذات لدى الأم ، ونقص التمييز الحاد بين أدوار الرجال وأدوار النساء ، **ونموذج دور أكثر إيجابية** لكل من الأبناء والبنات فى حياتهم فيما بعد (Gohfried, Gohfried, 1987, Hoffman, Jaeger, Weinraub, 1998).

وعندما يعمل كلا الوالدين فى العائلات التى بها أطفال فى سن ما قبل المدرسة، **فإن الآباء لايقضون وقتا طويلا فى مهام رعاية الطفل والأعمال المنزلية** أكثر مما يفعل الآباء فى العائلات التى يعمل فيها طرف واحد فقط (Bernardo, et al, 1987) . هكذا : عندما يعمل كلاً من والدى طفل ما قبل المدرسة ، فإن كلاً من الأب والأم يقضيان وقتاً متساوياً فى التفاعل المباشر مع أطفالهم كما يفعل الوالدان فى العائلات الت يعمل فيها الآباء فقط . وأكبر الفروق بين العائلات التى يعمل فيها الزوجان والعائلات التى يعمل فيها الأب فقط ، والذين لديهم أطفال فى سن ما قجل المدرسة تتمثل فى توزيع الوقت الذى يُقضى مع هلأطفال فى أيام الأسبوع مقابل عطلات نهاية الأسبوع ، وفى الوقت الذى يُقضى فى المهام التى لاتتصل«برعاية الطفل، {كلا الوالدين فى العائلات التى يعمل أحد أطرافهه فقط لديهم وقت فراغ أطول يستمتعون به بأنفسهم.

والفروق بين العائلات التى يعمل فيها كلا من الوالدين والعائلات التى يعمل فيها أحدهما والتى بها أطفال فى سن المدرسة وأطفال مراهقين أقل ظهوراً ولكنها تتضمن أيضاً نقصاً فى مقدار الوقت الذى يقضى فى أعمال البيت، بالنسبة للآباء العاملين والأمهات العاملات.

وعلى العموم ، فان السؤال حول أثار عمل الأم (إن وجدت) على الأطفال ليس سؤالا منتجاً لأنه يتجاهل الجوانب المنزلية الكثيرة لحياة العائلة التى تخفف من آثار عمل الأم (Grossman, Golding, Pollack, 1988). **ولم توجد نتائج مباشرة للنتائج الاجتماعية ، العاطفية والفكرية السيئة لعمل الأم بالنسبة للأطفال .** وكل ما نعرفه هو أن التحصيل المدرسى، ونتائج اختبارات الذكاء والنمو الانفعالى والاجتماعى لأطفال الأمهات العاملات بكل المقاييس مساوية لنظيرتها عند الأطفال الذين لاتعمل أمهاتهم.

أسر العاملات ورعاية الطفل

إن رعاية الطفل ليست قضية نسائية ، إنها قضية عائلية. وعلى أية حال، فإن نقص الرعاية الجيدة للطفل لها أثر أكبر على الأمهات العاملات من غيرهن. فليس هناك نقص فى الرعاية الجيدة للطفل فقط ، ولكن هناك تضارب أيضا حول تقديم الرعاية للطفل لدرجة أننا نعانى من مأساة مخزية : فاكثر من ٥٠٪ من الأمهات الامريكيات ذوات الأطفال الرضع وأطفال ما قبل المدرسة فى قوة العمل للآن ويحتجن لخدمات رعاية الأطفال، ولكن ليس هناك سياسة متماسكة بشأن الأجازات الوالدية أو خدمات رعاية الطفل بالنسبة للوالدين العاملين.

وباستثناء الرعاية الحكومية للطفل التى كانت تقدم فى الولايات المتحدة أثناء فترة الكساد العظيم وأثناء الحرب العالمية الثانية ، فقد اقتصر تقديم رعاية الطفل على العائلات الفقيرة بشكل عام (Phillips, Steinfels, 1993, Zigler, 1987) . وقد بدأت الرعاية النهارية فى بيوت اقامة فى الخمسينات بالنسبة للأمهات الفقيرات اللاتى يُضطررن للعمل لأن دخل أزواجهن لم يكن كافياً أو لأنهن كن غير متزوجات . والتعليم المبكر، على الجانب الآخر، بدأ بواسطة أمهات الطبقة المتوسطة والطبقة العليا اللاتى كن يرعين مدارس الحضانة ورياض الأطفال لكى يوفرن لأطفالهن المتميزين خبرات اجتماعية وثقافية جيدة .

والآن ، لم يعد الانفصال التاريخى بين التعليم المبكر والرعاية النهارية مقبولاً.

فنساء الطبقات الوسطى والطبقات العليا لهن نفس الحاجات من رعاية الطفل طول اليوم المرتبطة بالعمل كما هو الحال بالنسبة للأمهات الفقيرات وغير المتزوجات . وفى عام ١٩٨٦ ، كان ٥١٪ من الأمهات المتزوجات و ٤٩٪ من الأمهات غير المتزوجات يعملن خارج البيت (Kahn, Kamerman, 1987) ، وبالمثل ، ففى عام ١٩٨٥، كانت أمهات ٦٢٪ من كل من الأطفال السود والبيض على السواء من العاملات . نتيجة لذلك . فإن معدلات التوظف العالية أصبحت مألوفه للآن للأمهات من مختلف الأجناس والأوضاع الزواجية.

وفى الختام أصبحت الأمهات العاملات جزءاً يومياً من حياة الأطفال ، وحياة العائلة، (Scarr, McCartney, Phillips, 1988) والفروق السابقة فى درجة استخدام رعاية الطفل من جانب الأطفال فى الأعمار المختلفة وفى أنماط للاستخدام بواسطة النساء ذوات الخواص الديموجرافية المختلفة تجسدت فى نمط عالمى للاستخدام المكثف. وعلى آية حال ، فإن هذا الاعتماد الأساسى المكثف على رعاية الطفل لم يضمن أن حاجات رعاية أطفال العائلات العاملة لاتلبى بشكل كاف . وقد قرر أن التمويل الفيدرالى المباشر لبرامج رعاية الطفل نقصت بالفعل بمقدار ١٨٪ بالدولارات الحقيقية فيما بين ١٩٨٠ و ١٩٨٦.

سياسات رعاية أطفال الأمهات العاملات :

وتعتبر سياسة الولايات المتحدة بشأن رعاية الطفل وإجازات الأمهات أمراً شاذاً بين الدول الصناعية . فالولايات المتحدة ، من بين ١٠٠ دولة أخرى ، تنفرد بقاعدة باعطاء اجازات مدفوعة الأجر للامهات مع ضمان العودة للعمل كسياسة قومية (Kamerman, 1989, 1986) . وتوجد خمسة ولايات فقط تفرض على أصحاب الأعمال تقديم تأمين عجز مؤقت ، كما يقضى القانون الفيدرالى باستحقاق النساء الحوامل لمزايا العجز هذه . وحتى فى الأعمال الخاصة التى تقدم مزايا للأمهات ، فان ذلك يعنى أجازة غير مدفوعة الأجر مع عدم ضمان العودة للعمل .

وكل الدول الصناعية الأخرى لها بعض السياسات الخاصة بأجازات للأمهات.

وتوجد فى السويد سياسة من أوسع السياسات : فالأمهات والأباء لهم الحق فى اجازة عقب ميلاد الطفل، يدفع منها ٩٠٪ من الأجر لأحد الوالدين ولمدة ٩ شهور، يتبعها ٣ شهور أخرى بحد أدنى ثابت من الأجر. ويمكن أن يحصل الوالدان على أجازة بدون أجر ، ولكن مضمونة العودة للعمل حتى يبلغ الطفل سن ١٨ شهراً ويمكنهم العمل ستة ساعات يومياً حتى يبلغ طفلهم سن الثامنة . وفى إيطاليا، يحق للنساء الحصول على أجازة مضمونة العودة ، وبأجر مساوى لمتوسط أجر النساء العاملات. وفى نهاية هذه الفترة ، تستطيع الأم الحصول على إجازة بدون أجر لمدة عام مع ضمان العودة للعمل. وفى فرنسا تحصل الأم على أجازه مضمونه العودة للعمل لمدة ستة أسابيع قبل الميلاد وعشرة أسابيع بعد الولادة .

وهناك دولا أخرى لديها سياسات رعاية طفولة أكثر نظامية فيما يتصل بسياسات الأجازات الوالدية. ففى عام ١٩٨٦ ، وضعت السويد ٣٨٪ من أطفال ما قبل المدرسة مع الأمهات العاملات فى برامج رعاية طفولة معانه (Leijon, 1986). ان فرنسا، إيطاليا، أسبانيا وكل دول شرق أوربا تودع أكثر من نصف الأطفال الرضع، وأطفال المهد وأطفال ما قبل المدرسة فى مراكز رعاية طفولة معانة لأن الأمهات عاملات . ففرنسا على سبيل المثال ، تستخدم نظاماً لأطفال ما قبل المدرسة، مفتوح لكل الأطفال بين سنتين الى أربعة سنوات، كما أن مراكز الرعاية المعانة جزئياً متاحة للأطفال دون العامين من العمر.

لقد قادتنا الاعتقادات الدالة على مدار التاريخ أن تناصر التأييد الهامشى للأمهات للبقاء فى البيت مع أطفالهن، عن طريق توظيف الأباء وعن طريق المساعدات التى تقدم للعائلات ذات الأطفال الذين يعتمدون على والديهم ، بدلاً من تأييد النسوة فى تحقيق الاستقلال الاقتصادى . وحتى السنوات القليلة الأخيرة، عندما بدأت فرص تدريب وتوظيف الأمهات فى العائلات ذات الأطفال التابعين كتجربة فى عدة ولايات أمريكية . لم يكن أمام النساء الفقيرات أى اختيار إلا القبول. والآن أصبحت النسوة الفقيرات أسيرات لنظام يتحول من تقديم المساعدة للعائلات ذات الأطفال

التابعين إلى شئون العمل ، والذى حتى فى أحسن الأحوال ، لايقدم الدعم للطفل لأكثر من عام واحد بعد أن تحقق تلك الأمهات الحد الادنى من أجر الأعمال التى تدربن عليها.

والوالدان العاملان يحتاجان إلى اختيارات . وهناك اختيار يدرسه الكونجرس الآن يتمثل فى إجازة والديه بدون أجر. فكثير من الأمهات لايستطعن الحصول على اجازه من العمل ، خاصة الاجازة بدون أجر، والاجازات بدون أجر للأمهات المطلقات والأمهات غير المتزوجات ليست مفيدة جداً.

وحتى بين الأمهات اللاتى يستطعن الحصول على اجازات بدون أجر ، فليس كلهن يردن الابتعاد عن أعمالهن أكثر من شهور قليلة بعد ولادة الطفل. وعند التأمل الجاد والأمين، فإنهن يعتبرن أنفسهن أفضل والدياً عندما يعملن ويقمن بدور الأم. بدلاً من محاولة القيام بدور واحد ، أو تكون أعمالهن من النوع الذى يكلف مهنيا عند الابتعاد عن الوظيفة لمدة أربعة الى ستة شهور. وهؤلاء النسوه لايردن اجازات أمومه طويلة ، ولكنهن يردن رعاية طفولة عالية الجودة، والبعض يريد اثبات الذات ، وفرص عمل جيدة الأجر لبعض الوقت.

والسياسات التى تخلق حوافز قوية للأمهات للبقاء فى البيت لفترات طويلة أو التى تفرض عليهن العودة للعمل مباشرة بعد الولادة تقوم على فروض متضاربة حول طبيعة مشاركة المرأة فى المجتمع وافتراضات تتعلق بحاجات الأطفال الرضع. وهناك أسباب كثيرة تدفع الأمهات إلى البقاء على اتصال وثيق ما بأطفالهن الجدد . ولأحد هذه الأسباب تحتاج النساء الى فترة راحة بعد الولادة ، خاصة إذا كان الحمل أو الولادة صعبا، وهناك سبب آخر، يحتاج كثير من الأمهات الجدد الى شهرين أو أكثر لإنشاء تغذية رضاعة يمكن الاعتماد عليها وتعويد أطفالهن على نظام معقول للتغذية. فكم يجب أن تمتد الاجازة لصالح أى من الأم أو الرضيع؟ لاتوجد سياسة رعاية أجبارية للطفولة ولاسياسة أجازة اجبارية للأم تلائم جميع العائلات . وما نحتاجه هو اختيارات جذابة بنفس الدرجة بحيث تستطيع العائلات أن تختار إما الاستفادة

من رعاية الطفل جيدة الجوده أثناء عمل الوالدين أو الترتيب لإعطاء اجازات طويلة للوالدين - عادة الأم - لرعاية الطفل.. ولايزال كثير من العائلات (وصناع السياسة) يعانون من شعور شديد بالذنب والقلق حول عودة الأمهات للعمل ووضع الأطفال الرضع ، والحياه ، فى مراكز رعاية الطفولة . وقد تعرضت البحوث النفسية لتلك المخاوف.

أشكال رعاية الطفل وأثرها على الأطفال

فى بحوث علم النفس ، تعامل رعاية الطفل النهارية غير المنزلية كشكل موحد يمكن أن تتميز موضوعياً بأنها "رعاية غير مادية" وبنفس المنطق ، تعامل "الرعاية المنزلية" بشكل موحد كما لو كانت كل العائلات متشابهة ويقال إنها مفضلة على أشكال رعاية الطفل الأخرى . وتختلف مواقف رعاية الطفل من جليسات الأطفال فى بيت الطفل نفسه، إلى الرعاية العائلية النهارية فى بيت شخص آخر ، إلى مراكز ترعى ما يقرب من ١٠٠ رضيع وطفل صغير. وتختلف جودة تلك المواقف اختلافاً كبيراً من حيث قدرتها على ترقية نمو الطفل وتقديم الدعم للوالدين العاملين، وحتى بالنسبة للرعاية المنزلية تختلف العائلات أيضاً من عائلات تسئ معاملة الأطفال وتتجاهل حاجاتهم إلى نظم محبة ومؤيدة ترقى بافضل نمو للطفل.

وتتفق الاستعراضات الحديثة للدراسات الخاصة برعاية الطفل التى أجراها علماء النفس من ذوى الاتجاهات المختلفة على أن رعاية الطفل ذات الجودة العالية ليس لها آثار محددة على النمو العقلى أو النمو اللغوى (Stewart, 1989, Clarke, 1986, Belsky, Scarr, 1988) . وفى الحقيقة ثبت أن مواقف الرعاية النهارية تعتبر معوضة للبيئات العائلية الفقيرة ، وترقى بالنمو الاجتماعى والعقلى أكثر مما يلقاه الأطفال فى بيوتهم (Squarez, Bryant, Ramey, 1985). وتهتم وسائل الاعلام والوالدين بالآثار المحتملة لأشكال رعاية الطفل على ارتباطات الأطفال بأمهاتهم وعلى الانحراف الاجتماعى المحتمل للطفل . وقد تساءلت البحوث السابقة حول ما إذا كان مقدموا الرعاية

للطفل يمكن أن يحلو محل الأمهات كأشخاص أساسيين لارتباط الطفل بهم . وكان القلق حول إمكانية أن يؤدى الانفصال اليومى عن الأم إلى اضعاف الرباط بين الأم والطفل (Spitz , 1945). ولم يقدم الدليل القديم أى دليل يشير إلى أن رعاية الطفل النهارية "غير المادية" تشكل شكلاً معتدلاً من الالحاق بالمؤسسات طول الوقت. ولم يتأثر الارتباط بالأم عكسياً بالالتحاق بمراكز رعاية الطفل النهارية ولم تحل الروابط التى نشأت بين الأطفال ومقدمى الرعاية محل علاقة الارتباط بين الأم والطفل (Kearsley, Kagan, 1980).

ونظراً لأن الرعاية النهارية هى الخبرة النموذجية للطبقة الوسطى فقد ظهرت مناقشة جديدة حول الرعاية النهارية للطفل والارتباط بالأم . ويتساءل النقاد عما إذا كانت الرعاية النهارية طول الوقت فى العام الأول من الحياة تزيد من احتمال الارتباطات غير المضمونة بين الأمهات والأطفال الرضع (Rovine, Blesky, 1988) . ورغم أن البيانات الجديدة لها العديد من نواحى القصور ، فان هناك شبه اجماع بين علماء نفس النمو وخبراء الطفولة المبكرة على أن رعاية الطفل فى حد ذاتها لاتشكل عامل مخاطرة فى حياة الأطفال ، ولكن الرعاية منخفضة الجودة وبيئات الأسر الفقيرة يمكن أن تشترك فى ظهور نتائج نمو سيئة (التحالف من أجل رعاية أفضل للطفل (Myers, Galluzzo, Rodning, Howes, 1998).

وقد أثمرت البحوث المتعلقة بأثار رعاية الطفل على النمو الاجتماعى للطفل نتائج متضاربة . ورغم أن بعض الدراسات لاتذكر فروقاً فى السلوك الاجتماعى بين الأطفال الذين يعتنى بهم الأفراد ذوى الخبرة برعاية الطفل أو الذين بدون تلك الخبرة (Golden, et al, 1978, Kagan, et al, 1978)، فإن دراسات أخرى تبين أن الأطفال الذين لم يحصلوا على رعاية نهارية غير مادية يكونون أكثر كفاءة من الناحية الاجتماعية (Coelew, Travers, 1999). وتقترح دراسات أخرى وجود مستويات أقل من الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال الذين يتلقون رعاية نهاية (Haskins, 1985, Boyle, Hoses, Rubenstein, 1991) وتتضمن

النتائج الايجابية تصنيفات الوالدين والمدرسين للاجتماعية ومراعاة حقوق الآخرين (Phillips, et al, 1987).

وملاحظات الإذعان وتنظيم الذات ، وملاحظات المشاركة والتفاعلات الايجابية مع المدرسين. وقد وجدت دراسة هاستين Hastin (١٩٩٥) عن برنامج رعاية الطفولة عالية الجودة للأطفال غير المتميزين وأطفال ما قبل المدرسة أنه فى رياض الأطفال، صنف المدرسون هؤلاء الأطفال أعلى فى مقاييس للعدوان من الأطفال فى رعاية الطفل التابعة للمجتمع أو الأطفال الذين ليس لهم تجربة رعاية غير مادية على الاطلاق. وعلى آية حال : فان الأطفال الذين قضوا وقتاً مماثلاً فى برامج رعاية الطفولة التابعة للمجتمع كانوا أقل عدوانية بحيث أن العلاقة بين العدوان وتجربة الرعاية النهارية لم تكن قائمة.

ما هى رعاية الطفل الجيدة ؟

أن الوالدين العاملين يهتمان بالضرورة "بماهية الجودة فى رعاية الأطفال". وقد وجد الباحثون أن جودة رعاية الطفل مهمة لنمو الأطفال الصغار. وأهم عوامل الجودة بالنسبة بين عدد الأطفال مقابل القائمين بتقديم الرعاية، صغر حجم المجموعة، مستوى تدريب مقدم الرعاية ، وثبات تجربة رعاية الطفل، (Bruner, 1990. وهذه المتغيرات تؤثر بتسهيل التفاعلات البناءة والحساسة بين مقدمى الرعاية والأطفال، والتى بدورها ترقى النمو الاجتماعى والمعرفى للايجابى .

تعليقات ختامية :

فى رأينا فإن كثيراً من المخاوف المتعلقة برعاية الطفل لا تقوم على حقائق ثابتة علمياً ولكن على نظريات مقررة اجتماعياً عن أدوار الأمهات والتزامهن نحو أسرهن (Scarr et al, 1988) وبطبيعة الحال ، من المهم للوالدين ترتيب رعاية كفء لأطفالهن أثناء تواجدهن فى العمل ، ولكن ليس واضحاً أن الأمهات عليهن تقديم تلك الرعاية المستمرة طوال العام الأول، سواء بالنسبة لكيان الرضع أو كيانهن.

وأحيان يكتب ناقدو رعاية الطفل النهارية كما لو كان الوالدان العاملان لايؤديان وظائف الوالدية على الإطلاق. على سبيل المثال فان لفظ " تغيب الأم" استخدم لوصف الأمهات الموظفات فى عنوان مقالة حديثة فى مجلة "نمو الطفل" والألفاظ " غياب الأم" و " الحرمان من الأم" يبدوان كأشارة إلى الأطفال المهملين الذين يودعون فى المؤسسات. ويبدو أن البعض نسى أن الأمهات العاملات يأتين مع أطفالهن فى الصباح ، ولكن مع أطفالهن فى المساء وفى عطلات نهاية الأسبوع وفى الاجازات، والتى تشكل بالنسبة للعاملات طول الوقت أكثر من نصف فترة يقظة الطفل، علاوة على ذلك ، عندما يكون الطفل مريضاً ، فان الأم من دون باقى أفراد الأسرة الاخرين تبقى فى البيت مع الطفل.

إن جودة رعاية الأم، شأنها شأن أشكال رعاية الطفل الأخرى، تعتمد على جوانب كثيرة من موقف البيت والصحة العقلية للأمهات. فتخيل وجود الأم فى البيت مع الأطفال يعطى أفضل رعاية ممكنه للطفل يتجاهل ملاحظة مؤداها أن بعض النساء الموجودات فى البيت طول الوقت يشعرن بالوحدة ، الاكتئاب، وعدم الاستقرار والرعاية المنزلية ليست واعدة بالنسبة لرعاية الطفل من قبل آخرين يقومون بهذه المهمة (Pistrang, 1984, Crosby, 1997) .

الأسرة العاملة فى المستقبل :

بالنسبة لأطفال الأسرة العاملة ، تعتبر القضية الأكثر الحاحا بالنسبة

للمستقبل هى نوعية الرعاية – الرعاية التى سوف تشجع وتدعم كل نواحى نمو الطفل . وفى معظم الحالات، فإن الأسرة سوف تقدم رعاية جيدة لنفسها ، وسوف يحاولون شراء تلك الرعاية لأطفالهم أثناء تواجدهم فى العمل. ولسوء الحظ ، فإن الرعاية الجيدة تكلف أكثر من الرعاية غير الكافية ، وكثير من الوالدين فى أيامنا هذه لا يستطيعون تقديم رعاية جيدة بدون مساندة صاحب العمل أو المساعدة العامة.

وبالنسبة للوالدين العاملين : تعتبر القضايا الأسرية الأكثر إلحاحاً هى قضايا المشاركة فى المسئوليات الأسرية، والدعم من الأزواج ، وامكانية تقديم وتوافر رعاية طفل مستمرة يمكن الاعتماد عليها . والوالدين العاملين، والأمهات على وجه الخصوص اللاتى يقع عليهن معظم عبء أعمال البيت ورعاية الطفل، يتعرضون لتهديد مستمر نفسيا بسبب ترتيبات رعاية الأطفال المؤقته والتى تفشل بشكل غير متوقع وبسبب ارتفاع تكلفة الرعاية الجيدة . والتردد ، حتى بين الأسر ذات الدخل المرتفع، فى استئجار خدم يعنى أن الأمهات تعملن ساعات أكثر مما يمكن أن تحتاج إليه إذا ما استغل بعض الدخل فى المساعدة على أعمال البيت، بدلاً من استغلاله فى السلع الاستهلاكية (Scarr, 1984, Cowan, 1983).

وبالنسبة لصناع السياسة على المستوى المحلى والقومى ، تتمثل المشكلات الأكثر الحاحاً فى كيفية تمويل نظام رعاية طفولة جيد، وتنظيم تلك الجوانب الخاصة بالجودة والتى يمكن سن التشريعات لها وتنفيذها، وتنسق الجهود مع القطاع الخاص وعلى جميع المستويات الحكومية. واذا كان هناك من يستطيع أن يشير إلى نظام لتحسين نظام رعاية الطفولة ، فإن تلك الرصاصة هى النقود زيادة التمويل لكل جوانب نظام رعاية الطفل والى أن تعترف الدول بحقوق النساء فى المشاركة الكاملة فى حياة المجتمع، فسوف يستمر فشلنا فى الاعداد الملائم لرعاية أطفال الأسر العاملة.

وإذا كانت التوقعات الاحصائية صحيحة ، فإن ٧٠٪ تقريبا من الأمهات ذوات الأطفال الرضع والأطفال الصغار سوف يلتحقن بقوة العمل، معظمهن طول الوقت،

خلال الألفية الثالثة (Phillips, Hofferth, 1997) . وهؤلاء النسوة سوف يخلصن لعائلاتهن ، كما هو الحال الآن، ولكن سوف يعملن ساعات أطول ويتحملن متاعب نقص الدعم العائلي . خاصة رعاية الأطفال. ونأمل أنه من خلال تأييد حقوق المرأة ورعاية الطفل، أن يطرأ بعض التحسن على حياتهن وحياة أسرهن. وهذه هي مقترحاتنا :-

١- **يجب أن يتحمل الآباء مسئولية أكبر عن تخطيط وتنفيذ الحياة العائلية** : وفي الوقت الحالي، كثير من الآباء مستعدون "لشغل الفراغ" أو " المساعدة" في الأعمال المنزلية التي يعتبرونها هم والمجتمع على السواء من مسئوليات المرأة. وفي واقع الأمر، فإن هؤلاء الرجال يفاخرون علنا بمساعدة الزوجات في مسئولياتهن (Gilbert, 1995) . فالآباء الآن يجلسون مع أطفالهم . هل سمعت أمرأة تقول " إنها تجالس طفلها؟" . والآن أصبحت رعاية الآباء كشكل من أشكال رعاية الطفل بجانب رعاية غير الأقارب ومراكز رعاية الطفولة شيئاً مألوفاً . ويجب أن تتغير الاتجاهات لجعل حياة الأمهات العاملات أكثر قبولاً. وليس من المحتمل أن نرى مقالة عن آثار عمل الوالدين على العلاقات الزواجية ونمو الطفل، إلا إذا كان الوالد لايعمل .

٢- لقد كان الأطفال على مر العصور مسئولية فردية للأسرة في هذا المجتمع ، بصرف النظر عن التفاوت في فرص معيشة تلك الأسر. وكانت مصائر الأطفال مرتبطة بشكل مطلق بمصائر والديهم، إلا في حالة وجود مخالفات قانونية بالاهمال وقوانين سوء استخدام السلطة، وفي هذه الحالة يتدخل المجتمع مؤقتاً. فهل اعترفنا كمجتمع بأن الأطفال مسئولية المجتمع أيضاً؟ - إنهم الجيل التالي لكل منا، بصرف النظر عن ماهية والديهم . إن كثيراً من البلدان توصنع مخصصات للأسرة تعوض الوالدين عن التكاليف المالية غير العادية لتربية الأطفال. ويمكن تقديم الدعم لنفقات رعاية الطفل من جانب المجتمع، تماماً كما يشترك الجميع في نفقات التعليم العام . ويعترض مواطنون قليلون الآن على الدعم العام لتعليم الأطفال من أعمار ٥-١٨ سنة . فلماذا يحتجون

على رعاية الطفل والتعليم المبكر للأطفال من سن ١-٥ سنوات؟.

٣- يجب أن نعترف بالتغيرات الحديثة التى طرأت على الأسرة والتى تجعل الرعاية المنفردة للأطفال أكثر صعوبة عما كانت فى الماضى. ان التغيرات التى طرأت على القدرة على الكسب للعاملين فى الخدمات ، والذين لايستطيعون أعالة أسرة من العمل طول الوقت، تعنى أن الأسر سوف تتطلب أكثر من شخص عامل. وتعنى زيادة التنوع فى تركيب الأسرة أن الأطفال يحتاجون للرعاية فى العديد من المواقف قد تشمل وقد لاتشمل والديهم البيولوجيين . والوالدين غير المتزوجين ، والأمهات فى الغالب الأمهات المطلقات أو اللاتى لم يتزوجن ، فقراء ولايستطعن دفع التكاليف الكاملة لرعاية الطفل أثناء العمل . ويجب أن يحصلن على دعم لرعاية الأطفال، أو سيضطرون للعيش على الاعانة أن وجدت.

٤- نستطيع أن نشجع المصالح الحكومية وأصحاب الأعمال على القيام بمسئوليات أكثر لتحقيق التوازن المطلوب بين الحياة العائلية وحياة العمل لموظفيهم . وفى الآونة الأخيرة، اعترفت بعض الشركات فى كل من بريطانيا والولايات المتحدة ، بتقلص مجمع العمالة فى التسعينات واقترحوا إجراءات لمساعدة العائلات العاملة، وبذلك أصبحوا أصحاب عمل جذابين (Gardner, 1998). وتشمل الاقتراحات المساعدة المألوفة مع إيجاد رعاية للطفل، تقييم الدعم أو الرعاية للطفل على الطبيعة، وطرق جديدة مثل : أجازات الامهات مدفوعة الأجر ومضمونة العودة للعمل لفترات طويلة. ومع التسليم بمعارضة الغرف التجارية القومية لمنح حتى إجازة بدون أجر للأم لمدة ١٢ أسبوع فقط، فإن تلك التغييرات قد لاتحدث فى المستقبل القريب . وسوف يكون التشريع مطلوباً لكى تصبح الاجازات المدفوعة الأجر لكلا الوالدين حقيقة بالنسبة لمعظم العاملين .

٥- فى أوروبا وأمريكا الشمالية ومعظم أرجاء العالم الأخرى ، فإن النساء أقل ميزة من الرجال ومن العاملات غير الأمهات ، خاصة إذا كن وحيدات ، ففى الولايات المتحدة يعتبر أكثر من ٥٠٪ من الأمهات الوحيدات وأطفالهن فى عداد الفقراء، وفى استراليا تبلغ نسبة الأمهات العاملات الوحيدات الفقيرات ٦٥٪ . وهذه

الأرقام تقارن بمعدلات الفقر التى تتراوح بين ٣٥ و ٣٩٪ من الأمهات العاملات الفقيرات فى معظم بلدان أوروبا ٦ر٨٪ فقط فى السويد إلى أكثر من ١ر١٧٪ فى الولايات المتحدة .

وتكسب الأمهات العاملات فى الولايات المتحدة ٧٠٪ من أجر الرجال . وحتى فى السويد ، حيث يزيد أجر الساعة بالنسبة للمرأة العاملة عن ٩٠٪ من أجر الرجل ، فإن النساء يعملن بمعدل ١٠ ساعات أقل أسبوعياً من الرجال ، وخاصة الوظائف التى تتعلق "بالتمريض والخدمات" (Leijon, 1990) . ويبدو أنه ، حتى عند توفر اختيارات مفيدة من الاجازات الوالدية ورعاية الأطفال المدعومة ، فإن كثيراً من النساء يتضررن اقتصادياً ، ما لم يدعمهن عامل ذكر. وبدلاً من طالب أعمال جيدة الأجر، فإنهن يشغلن أعمالاً لبعض الوقت منخفضة الأجر . والمسئوليات المشتركة للأمومة والعمل الخارجى تعتبر عبئاً ضخماً يحتاج إلى مشاركة مساوية من الأباء ومن المجتمع ككل.

المراجع

1- Aldous, J. (1982) : Two paychecks: Life in dual - earner families, Beverly Hills CA: Sage.

2- Anderson - Kulman, R.E., & Paludi, M.A.(1990) : Working mothers and the family context : Predicting positive coping. Journal of Vocational Behavior 28, 241-253.

3- Avioli, P.S. (1985) : The labor-force participation of married mothers of infants.Journal of Marriage and the Family. 47, 739-745.

4-Baruch, G.K., & Barnett, R.C. (1987) : Role quality and psychological well- being In F.J. Crosby (Ed.), Spouse, parent,worker: On gender and multiple roles (pp.91-108). New Haven, CT: Yale University Press.

5- Belsky, J., & Rovine, M.J. (1988) : Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant - parent attachment. Child Development, 59, 157-176.

6- Bernard, J. (1994): The future of motherhood. New York : Dial Press.

7- Bernardo, D.H., Shehan,C.L., & Leslie, G.R. (1992) : A residure of tradition : Jobs, careers, and spouses' time in housework. Journal of Marriage and the Family, 49, 381-390.

8- Bruner, J. (1990) : Under five in Britain, London : Oxford University Press.

9- Clarke - Stewart, A. (1984) : Day care : A new context for research and development. In M. Perlmutter (Ed.) The Minnesota Symposia on Child Psychology : Vol. 17 Parent - Child interaction and parent - child relations in child development (pp. 61-100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

10- Clarke - Stewar,A. (1989) : Infant day care : Malignant ormaligned? American Psychologist, 44, 266-273.

11- Cowan,R.A. (1983) : More work for mother : The ironies of household technology from the open hearth the microwave. New York : Basic Books.

12- Crosby, F.J. (Ed.). (1987) : Spouse, parent,worker: On gender and multiple roles. New Haven, CT : Yale University Press.

13- Gilbert, L.A. (1995) : Men in dual - career families : Current realities and future prospects. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

14- Gilbert, L.A. (1998) : Sharing it all : The rewards and struggles of two-career families. New York : Plenum Press.

15- Golden, M., Rosenbluth L., Grossi, M.T., Policare, H.J., Freeman, H., Jr & Brownlee, E.M. (1978) : The New York City Infant Day Care Study . New York : Medical and Health Research Association of New York City.

16- Gottfried, A., & Gottfried, A. (Eds.) . (1987) : Maternal employment and children's development : Longitiudinal Research. New York : Plenum.

17- Gove, W.R., & Zeiss, C. (1987) : Multiple roles and happiness.In F.J. Crosby (Ed.). Spouse, parent, worker : On gender and multiple roles (pp.125-137). New Haven, CT: Yale University Press.

18- Greenstein, T.N. (1986): Social - psychological factors in perinatal labor force participation. Journal of Marriage and the Family, 48, 565-571.

19- Grossman, F.K., Pollack, W.S., & golding E. (1998) : Fathers and children : Predicting the quality and quantity of fathering. Developmental Psychology. 24, 82-91.

20- Haskins,R. (1985) : Public aggression among children with varying day care experience. Child Development, 57, 689-703.

21- Hiller, D.V., & Dyehouse, J. (1987) : A case for banishing dual-career marriages from the research literature.Jowrnal of Marriafge and the Family, 49, 787-795.

22- Hoffiman, L.W.(1984) : Work, family and the socialization of the child In R.D. Parke (Ed.), Review of child development resarch (Vol.7, pp.223-281).Chicago : University of Chicago Press.

23- Howes, C, Rodning,C., Galluzzo, D., & Myers,L. (1998) : Attachment and child care : Relationships with mother and caregiver. Early Childhood Research Quarterly, 3, 403-416.

24- Johnston, W.B. (1997) : Workforce 2000 : Work and workers for the 21st century. Indianapolis, IN : Hudson Institute.

25- Kagan, J., Kearsley, R.B., & Zelazo, P.R. (1990) : Infancy : Its place in human development Cambridge,MA: Harvard University Press.

26- Kahn,A.J., & Kamerman, S.B.(1987) : Child care : Facing the hard choices. Dover, MA : Auburn House.

27- Kamerman, S. (1986) : Maternity, paternity and parenting policies : How does the United States compare . In S.A. Hewlett, A.S. Ilchman, & J.J. Sweeney (Eds.), Family and work : Bridging the gap (pp. 53-66). Cambridge, MA : Ballinger.

28- Kamerman, S. (1989) : Child care, women, work and the family : An international overview of child care services and related policies. In J. Lands, S.Scarr, & N. Gunzenhauser (Eds.), The future of child care in the United States (pp.93-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

29- Kamerman, S., & Hayes, C.D. (Eds.) . (1992) : Families that work : Children in a changing world. Washington, DC: National Academy Press.

30- Leijon, A. (1986) : The origins, progress, and future of Swedish family policy . In S.A. Hewlett, A.S. Ilchman,& J.J. Sweeney (Eds.),Family and work : Bridging the gap (pp.31-38). Cambridge, MA: Ballinger.

31- Locksley, A. (1980) : On the effects of wives' employment on marital adjustment and companionship. Journal of Marriage and the Family, 42, 337-346.

32- Pepitone - Rockwell, F. (1990) : Dual - career couples. Beverly Hills, CA: Sage.

33- Pistrang, N. (1994) : Women's work involvement and experience of new motherhood . Journal of Marriage and the Family 46, 433-447.

34- Pleck,J.H. (1985) : Working wives/working hubands.Beverly Hills, CA: Sage.

35- Ramey, C.T., Bryant,D.M., & Suarez, T.M. (1985) : Preschool compensatory education and the modifiability of intelligence : A critical review In D. Detterman (Ed.),Curent topics in human intelligence (pp.247-296). Norwood, NJ : Ablex.

36- Rexroat, C, & Shehan, (1997) : The family life cycle and spouses' time in housework. Journal of Marriage and the Family, 49, 737-750.

37- Rubenstein, J., Howes, C., & Boyle, P.(1991) : A two year follow - up of infants in community based day care. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22,209-218.

38- Scarr, S.(1984) : Mother care/other care. New York : Basic Books.

39- Scarr, S., Phillips, D., & McCartney, K. (1988) : Facts, fantasies and the future of child care in America. Unpublished manuscript.

40- Scarr, S. & McCartney, K. (1989) : Working mothers and their families. American Psychologist, 44 (11) 1402-1409.

41- Simpson, I.H., & England, P. (1992) . Conjugal work roles and marital solidarity . Inn J. Aldous (Ed.), Two paychecks: Life in dual - earner families.Beverly Hills, CA. Sage.

42- Smith,D.S. (1985). Wife employment and marital adjustment : A cumulation of results. Family Relations. 34, 483-490.

43- Steinfels, M. (1993) : Who's minding the children : The history and politics of day care in America . New York : Simon & Schuster.

44- Tavris, C., & Wade,C.(1994): The longest war : Sex differences in perspective. New York : Harcourt Brace Jovanovich.

45- Voyandoff,P. & Kelly, R.F.(1984) :Effects of Paid employment on women's mental and physical health, Journal of Marriage and the Family, 46, 881-892.

46- Weinraub, M.,Jaeger, E., & Hoffiman, L. (1998) : Predicting infant outcome in families of employed and non- employed mothers. Early Childhood Research Quarterly, 3, 361-378.

47- Wortman,C. (1987,October) : Coping with role overload among professional with young children.In K.P. Matthews (Chair), Workshop on Women,Work and Health. Workshop conducted at the meeting of the MacArthur Foundation.Hilton Head, SC.

الفصل الرابع
الطلاق ومشكلات الأبناء

- مقدمة .
- الطلاق كعامل مثير للضغط .
- مقارنة الطلاق بالحرمان من أحد الوالدين.
- طلاق الوالدين فى مقابل وفاة الوالدين .
- المسار التاريخى للطلاق .
- طبيعة التغيرات التى يحدثها الطلاق .
- استجابات الأطفال لطلاق الوالدين .
- مهام التكيف مع الطلاق :
  - المهمة الأولى : الاعتراف بانقصام الزواج
  - المهمة الثانية : استعادة الاحساس بالتوجيه والحرية فى مواصلة الأنشطة المعتادة.
  - المهمة الثالثة : التعامل مع الخسارة والاحساس بالرفض.
  - المهمة الرابعة : التسامح مع الوالدين.
  - المهمة الخامسة : تقبل استمرارية الطلاق والتخلى عن الحنين لعودة عائلة ما قبل الطلاق .
  - المهمة السادسة : حسم قضايا العلاقة .



مقدمة :

لهذا الفصل ثلاثة أهداف : **الأول** : إبراز خواص الطلاق كعامل ضغط للطفل وللمراهق فى الأسرة التى وقع فيها الطلاق ، **والثانى** : تقديم بنية معرفية للمهام النفسية التى يتعين على الطفل والمراهق القيام بها فى مواجهة التحديات والتهديدات المعقدة التى يفرضها تحطم الزواج على تقدم النمو والتكامل النفسى، وأخيراً: اقتراح بعض المهام بشأن العوامل النمائية والاستجابات المميزة وجهود السيطرة التى تظهر لدى الطفل فى ظل الأثر الأولى للضغط الحاد الناتج عن الطلاق وفترة ما بعدالطلاق.

وثمة خطر محتمل يتمثل فى أن الرغبة فى تقديم المساعدة لهؤلاء الأطفال يمكن أن يدفع المجتمعات إلى القيام بتدخلات سريعة غير مدروسة . علاوة على ذلك ، فإن التدخلات التى تلائم البالغين الذين تعرضوا لتجربة ضغط معينة قد لا تلائم الأطفال والمراهقين فى نفس الظروف . ومرات عديدة : فإن الأحداث التى يرى أعضاء الأسرة الآخرين أنها خطيرة ، ثبت أنها ليست ضاغطة بنفس القدر بالنسبة للطفل. وعلى العكس : فإن الطفل يمكن أن يتفاعل برعب مع أحد جوانب التجربة التى امتنعت على الشخص الراشد كلية . وعلى ذلك ، فإن مدركات الطفل وخبرته تكون مختلفة فى الغالب عن مدركات وخبرة الراشد . بالاضافة الى ذلك . فإن استجابات الطفل والنتائج العاجلة والدائمة للتجربة الضاغطة تبدو متأثرة بشكل عميق بالعوامل التنموية بأشكال لاتزال غير معروفة وغير مفهومة بشكل كافى.

وسوف نتناول فيما يلى المكونات العديدة لتجربة الطلاق من منظور الطفل، إذ يستخدم مفهوم الطلاق "كمثير للضغط". والنظر للطلاق باعتباره عاملاً مثيراً للضغط يوفر مؤشراً مريحاً يمكن الباحث من تجميع الأجزاء المعقدة العديدة لتجربة الطلاق والتى تثير – منفردة أو مجتمعة – ضغطاً حاداً فى الطفل. ويتيح لنا أن نميز تجربة الطلاق عن مثيرات الضغط الأخرى، ومقارنته بالأحداث المزعجة الأخرى على مجموعة من الأبعاد يمكن أن تتضمن مساراتها الزمنية المناسبة، التتابع المنتظر للمراحل ، ووجود أو غياب العوامل المساندة .

وفى المقابل ، فإن مناقشة استجابات الطفل لمشكلة يكون عليه مواجهتها تجعل " الضغط" كعامل مخل بالتوازن. أو سلسلة من الأحداث، تتطلب تغييراً أو تكيفاً. وهذا الاستخدام يمكن للباحث فى هذا المجال من تنظيم العديد من الأحداث المخلة بالتوازن التى يتعين على الطفل اتقانها خلال تطوره ، وتلك هى مهام التوافق التى تصاحب تجربة الطلاق. ونفس هذا الاستخدام للفظ ضغط كحادثة مخلة بالتوازن كان مفيداً فى التمييز بين الفروق الفردية فى استجابات الأطفال الأولية لتحطم الزواج ، وعلاقاتهم بالعوامل النمائية.

الطلاق كعامل مثير للضغط

رغم أن الطلاق هو العلاج الاجتماعى الناجح لزواج فاشل، فقد بدأ الناس ينظرون اليه بالتدريج وبقدر من التردد على أنه عامل مثير للضغط عند الأطفال والمراهقين .

وقد اعتبر هولمز وراه Holmes , Rahe (١٩٧٦) وغيرهم أن تفسخ الزواج يعد فى المرتبة الثانية بعد وفاة أحد الزوجين من حيث شدته كعامل مثير للضغط ، وطول المدة الزمنية اللازمة للتكيف معه . ومنظورهم هذا يتفق تماماً مع نتائج مسح قومى ضخم تبين أن الناس يعتبرون العلاقة الزواجية جوهرية بالنسبة لتقييمهم لجودة الحياة ، كما يعتبر الطلاق فى المرتبة الثانية بعد الصحة البدنية من حيث التمتع بالأولوية القصوى(Campbell, Converse & Rodgers, 1976).

وفى استعراض شامل للكتابات النفسية، والعقلية والطبية الملائمة لمجتمع المراهقين فى أسر المطلقين استنتج بلوم وزملاؤه Bloom & Coworkers (١٩٧٩) ، باستخدام مجموعة من المؤثرات منها دخول مستشفيات الأمراض العقلية، أن النتائج القاسية للضغط الناتج عن الطلاق يمكن أن تظهر فى شكل مجموعة من الاضطرابات البدنية والعاطفية.

وكذلك تعكس ملاحظات الأطفال والمراهقين عند انفصال والديهم حدة

اضطرابهم . ويكشف مسح شامل للأطفال حال انفصال الوالدين اتفاقاً كاملاً بين الباحثين بشأن الأثر القاسى الذى تحدثه تلك التجربة فى الأطفال والمراهقين .

ومما يدعو للسخرية استمرارية النظر للطلاق من هذا المنظور العلاجى . وربما يكون الأثر المقصود للطلاق هو القضاء على محنة الزواج وتقليل النتائج المرضية النفسية لدى أعضاء الأسرة. والآثار غير المقصودة هى تلك التى تنشأ ليس بالانفصال فقط ولكن من جراء عوامل الضغط . وعلى ذلك : فمنذ البداية ، ينتمى الطلاق إلى صنف خاص ينطوى على المشكلة والحل فى آن واحد . والشد والتوازن بين هاتين النتيجتين اللتان تبدوان متضاربتين يهيئ المجال الوحيد لدراسة الطلاق.

وعلى عكس التجارب المأسوية الأخرى للطفولة ، مثل سوء معاملة الطفل، فليس الهدف هو القضاء على عامل الضغط أو تقليل حدوثه إلا إذا ارتبط ذلك التقليل بقناعة زواجية معززة. وقد وجد العديد من الباحثين أن الزواج غير المتوافق أكثر ضرراً على الأطفال من الطلاق، ونتيجة لذلك ، نظروا للطلاق كبديل مفضل (Despert, 1962, Rutter, 1971). وقد افترضوا ، محقين ، أن الصراع بين الزوجين يمكن أن ينتهى بفصم عرى الزواج. وعلى أية حال ، فإن عملنا هذا يكشف أن الصراع بين الوالدين يستمر لمدة سنوات عديدة بعد الطلاق الرسمى ، وفى واقع الأمر، فإ نسبة كبيرة (حوالى الثلث) من الأطفال استمروا يشعرون بالنزاع المعلن بين الوالدين لمدة خمسة سنوات بعد انتهاء زواج الوالدين.

ولزيادة توضيح تلك الخاصية الخادعة لتجربة الطلاق ، هناك دليل على أن غياب الأب يؤدى إلى حنين شديد وسنوات من التعاسة لكثير من الأطفال ، ومع ذلك، ففى حالات أخرى، قد يؤدى غياب الأب الى تنمية الطفل. وفى دراستنا ، أبدى بعض الأطفال الذين كانوا يلقون من أبائهم سوء المعاملة، أو الاغواء المكشوف، أو عدم الاحترام، طفرة نمائية ملحوظة فى نهاية العام الأول بعد الطلاق ، واستمروا بحالة طيبة بعد ذلك بعدة سنوات ، ومع ذلك فإن محنة الطفل عند رحيل أب حنون ومحبوب لايمكن تمييزها عن محنة الطفل الذى كان والده يسئ معاملته أو يهمله ،

كما أن نتيجة الطلاق بعيدة المدى ليس من السهل التنبؤ بها بالنسبة للطفل فى هذه المرحلة المبكرة.

إن هدف دراسة الطلاق كعامل مثير للضغط ليس لمحاولة إلغائه كما هو الحال مع مثيرات الضغط الأخرى للطفولة، أو حتى تقليل حدوثه، على الأقل فى الوقت الراهن، ولكن الهدف هو فهم طبيعته وآثاره المتشعبة لكى يمكن اكتشاف طرق للقضاء على الآثار غير المقصوده التى تصاحب الطلاق.

ومن المهم فى هذه المرحلة المبكرة من البحث أن نضيق التحقيق وأن نختار نمطاً خاصاً من أنماط الطلاق من داخل الصورة الواسعة لتلك التجربة. وهناك العديد من النماذج لانتهاء الحياة الزوجية، ويمكن أن تختلف تجارب الأطفال والمراهقين اختلافاً واسعاً تبعاً لإختلاف النمط. وسوف نتعرض لأكثر الأنماط شيوعاً، وبالتحديد تجربة الطلاق بالنسبة لطفل تربى فى أسرة سعيدة مكون من أبوين قبل الطلاق. والذى يظل بعد الطلاق فى رعاية الأم. وسوف لا نتعرض فى هذه الدراسة الى تجاب الأطفال الذين تربوا كلية فى أسرة من أحد الوالدين فقط. أو الذين كانوا رضعاً أو غير مدركين عند الطلاق، أو الأطفال الذين يتفق والداهم على الرعاية المشتركة لهم . ونعتقد أن خصائص الطلاق كعامل مثير للقلق يمكن أن تختلف فى كل تلك المجموعات المختلفة. وفى تلك الحالات يمكن أن تختلف المهام التوافقية المطلوبة من الطفل.

مقارنة الطلاق بالحرمان من أحد الوالدين

يقع الطلاق فى تصنيف خاص من الضغط يكون حاداً فى الأساس، ويكون غير متوقع فى العادة حتى لو كان محتملاً، وله أثر شديد يجعله مخيفاً، نظراً لأنه يغير حياة الطفل تغييراً أساسياً. والضغط من هذا النوع الخاص يسبب محنة عميقة ويكون شديد الأثر لأنه يتطلب تقبلاً معقداً وسريعاً لتغير رئيسى فى الحياة وتكيفاً سريعاً للظروف المتغيرة.

وهناك عدة مثيرات للضغط تقع فى نفس الصنف الواسع . وتشمل تلك

العوامل وفاة أحد أفراد الأسرة المحبوبين أو صديق مفضل فى وقت غير منتظر، والابتعاد عن الجماعة، الناتج عن النفى أو كارثة طبيعية. وهذه العوامل مع الطلاق تشترك فى أنها تتطلب استيعاباً رئيسياً للخسارة وتكيفاً نفسياً يمكن أن يتحقق مع مرور الوقت. وتختلف تلك المثيرات الضاغطة عن الضغط الحاد الذى يمكن فيه استرداد الوضع الراهن، كما فى حالة المرض الحاد. وتختلف عن مثيرات القلق المزمنة مثل الفقر التى لايكون فيها نقطة معروفة تدل على بداية تجربة المحنة. وتختلف عن التجارب الحزينة المتقطعة أو المتكررة، مثل التجربة التى تفرضها ظروف المعيشة مع أحد الوالدين المصاب بمرض شديد الذى يعانى من التدهور البدنى والنفسى المستمر أو المتقطع.

ومن المهم فهم المسار الطويل للحرمان من أحد الوالدين والطلاق كمثيرات للضغط ، مع ضرورة دراسة تنميط الاستجابات التى تثيرها تلك العوامل بمرور الوقت. تلك الاستجابات لابد أن تدل على فترة من المحنة الحادة تعقبها فترة طويلة لما بعد المحنة قد تدوم عدة سنوات بعد الأثر الأساسى. ويمكن تمييز استجابات المرحلة الحادة عن آثار الفترة الطويلة التى تعقب ذلك فى الشكل والشدة والاستمرارية. علاوة على ذلك ، فإن الاستجابات فى فترة ما بعد المحنة الطويلة تظهر أحياناً ببطء وبشكل أقل ظهوراً مما تفعله الاستجابات التى تصاحب المرحلة الحادة، ومع ذلك فإن تلك الاستجابات الحادة التى تظهر فيما بعد قد تكون ذات أهمية أكبر .

وفى حالة الحرمان لسبب غير الطلاق ، فإن الاستجابة الأولية والتى تكون بمثابة حزن حاد، تغطى على كل مصادر الصعوبة الأخرى . وبالمثل فى الطلاق، فإن الاستجابة الأساسية وهى القلق ، تكون شديدة وتغطى على كل الأجزاء الأخرى للتجربة، وتظهر التغيرات العديدة التى تطرأ على حياة الأسرة بشكل تدريجى ، وهى تلك التغيرات التى يحدثها الطلاق أو الوفاة .

وليس الطلاق بسيطاً كمثير للضغط لما يتبدى لأول وهلة، ونادراً ما يكون واضحاً، خلال المراحل الأولى، ما هو الشئ الذى ضاع أو الشئ الذى تم الحصول

عليه ، ومن منظور الطفل يؤدى تفكك الزواج إلى حدوث سلسلة من الخسائر وربما المكاسب . وعلى ذلك : فان الطلاق – شأن الوفاة – يعقبه دائماً العديد من التغيرات بعيدة المدى. وعلى عكس الوفاة، فإن التغيرات بعيدة المدى التى تعقب الطلاق تعد بتغييرات إيجابية وراحة حيث يعود الاستقرار للأسرة . وبالنسبة لعدد كبير من الأطفال، قد تستمر الخسائر فى التغلب على أى مكاسب، والتوازن الناتج يكون مستحيلاً .

وطبقا لملاحظات علماء النفس بشأن الآثار القوية لتتابع التجارب الضاغطة، قد تظل الصعوبة المزمنة ، سواء كانت اقتصادية ، اجتماعية ، أو نفسية، والتى تتعرض لها الأسر المطلقة خلال السنوات العديدة التى تعقب الزواج ذات أثر بالغ على الأطفال الذين تزداد حساسيتهم بالفعل زيادة ملحوظة بسبب انفصام الزواج . وربما وجب تحليل تجارب الطفل أثناء المرحلة الحادة وخلال فترة ما بعد الأزمة الطويلة كل على حده . وهناك فى واقع الأمر ، دليل هام على أن بعض الأطفال يحافظون على توافقهم الجيد خلال المرحلة الحادة للطلاق، ثم بعد ذلك يتدهورون فجأة بشكل ملحوظ عندما يتعرضون للحرمان والتوترات الشديدة فى عائلاتهم بعد الطلاق.(Wallerstein & Kelly, 1980 a) .

طلاق الوالدين فى مقابل وفاة الوالدين

إن بعض الفروق بين الحرمان والطلاق كمثيرات للضغوط مهمة لفهم آثارها على الطفل، وخاصة بالنسبة لالقاء الضوء على طبيعة كل من تلك التجارب المرتبطة بها من منظور الطفل. **فالخسارة** بسبب الوفاة نهائية ، والشخص المفقود لايمكن استرداده : والطفل الصغير جداً فقط أو الشخص ذا المرض العقلى الحاد قادر على أن ينكر – لأى فترة زمنية – الموت عندما يحدث. علاوة على ذلك . فإن الموت له تاريخ زمنى معروف، ونتيجة لذلك : فإن حقيقة الموت أمر يسهل الاعتراف به.

وفى الطلاق تكون القواعد مختلفة . فالأبدية ليست موجودة بنفس الشكل كما فى الوفاة ، ويبدو معقولاً للطفل أن الخسارة يمكن تعويضها فى أى وقت . ونتيجة لذلك فإن الطفل من أبناء المطلقين فى أى عمر، وأحياناً فى سن النضج ، يحتمل أن يشعر بالرغبة المستمرة فى علاج ذلك الوقت الذى تنقصه الأبدية .ففى احدى التجارب العلاجية يشير والرستين Wallerstein إلى مريضة متوسطة العمر طلبت المساعدة من معالج ومعالجة فى وقت واحد، وفى النهاية اعترفت لكل منهما بقلقها الأساسى بسبب رغبتها فى احضار كل من الطبيب والطبيبة معاً فى نفس الحجرة لكى يكونا مساويين للأسرة السليمة التى فقدتها وهى طفلة صغيرة. وكان من الصعب اقناع تلك المريضة بأن تجسيد خيالها ، بمشاركة كلا الطبيبين لن يشفيها من اكتئابها الحاد المتكرر.

ويزيد من استمرار انشغال الطفل بتخيل أن الخسارة يمكن تعديلها فالطلاق حقيقة يكون مسبوقاً بعدة انفصالات ، كل منها يمكن أن يبدو حاسماً ولكنها ليست انفصالات نهائية . علاوة على ذلك ، فان الطلاق خسارة جزئية فقط ، فالأطفال يظلون لفترة طويلة يرون الوالد الراحل عدة مرات أسبوعياً .

وهناك فروق أخرى فى أن الطلاق، على عكس الموت ، فهو قرار اختيارى دائماً لأحد الطرفين على الأقل ، والمشاركين فى القرار يدركون هذه الحقيقة جيداً . ويعرف الطفل جيداً أن الطلاق ليس كارثة طبيعية، وأن سببه المباشر هو قرار أحد الوالدين بالانفصال . ويكمن سببه الحقيقى فى فشل الوالدين فى المحافظة على الزواج والضغط الذى يتولد لدى الطفل دائماً ما يحمل رسالة مؤداها أن الزواج كان يجب تجنبه ، وأن شخصاً ما مسئول عن التعاسة التى حدثت .

وهذه المعرفة تثقل كاهل الطفل . ورغم أن أحد الوالدين والطفل يمكن أن يتداولا معاً من أجل المساندة المتبادلة أمام عاصفة الزواج ، فإن مأساة الطفل المرعبة تنشأ من معرفته بأن الضغط الذى يعانى منه تسبب فيه نفس الاشخاص المكلفين بحمايته ورعايته. ويزداد ضغط الطلاق على الطفل بسبب الادراك السليم بأن الوالدين هما سبب نكبته ، وأنهما أصبحا كذلك بمحض اختيارهما ، وهذا

الوعى قد يأتى إن آجلاً أو عاجلاً ، بشكل ضمنى أو بشكل ظاهر. ومن المحتم أن يكون الضغط أكبر على الطفل لأنه يفرض مأساة معرفة شئ لايمكن التعبير عنه دون أن يزداد غضب الطفل نفسه، أو احساسه بالخطر. وبالنسبة للطفل الذى يعرف أن فهمه لايمكن التعبير عنه دون اصابة أو إغضاب أحد الوالدين أو كلاهما ، وبذلك يزيد من خطورة موقفه . ومن سخرية القدر أن الضغط يتعقد بفهم الطفل للسبب الأساسى . ونظراً لأن التغلب الناجح على الضغط يرتبط بالادراك السليم والفهم الدقيق لطبيعة هذا الضغط، فإن الطفل فى الأسرة المطلقة يحمل عبئاً إضافياً نتيجة محاولته للتوافق ، وهو عبء لايشعر به الأطفال الذين يواجهون ضغط الحرمان عقب وفاة أحد الوالدين.

ويعتبر الغضب الذى يصبه الطفل على كلا الوالدين بسبب هدمهم للأسرة، أو على الطرف الذى طلب الطلاق استجابة متكررة بين الأطفال ، مهما كانت أعمارهم . وبينما الغضب موجود دائماً فى الحرمان – غضب الشخص الحى بسبب التخلى عنه ، أو اتهام النفس بالفشل فى منع وفاة أحد الوالدين – فهناك فرق أساسى بين غضب الطفل المحروم من والديه الذى يرجع إلى التخيل والادراك الواقعى للطفل من أبناء المطلقين بأن أحد الوالدين أو كلاهما خذلاه وقت الحاجة . واحتمال اللوم أو الغضب موجود دائماً فى الطلاق، بشكل أقوى مما يحدث عقب الوفاة وقد يدوم لمدة سنوات طويلة بشدة لاتخبو(Wallerstein & Kelly, 1980 a) . والعمل من خلال هذا الغضب يصبح من أهم المهام التى يجب أن يواجهها الطفل أثناء فترة ما بعد الطلاق.

وتنطوى كلتا التجربتين على الشعور بالذنب ، ولكن بأشكال مختلفة. فالطفل المحروم من والديه يعانى من الشعور بالذنب لفشله فى إنقاذ الوالد الذى مات. وتخيل القدرة على انقاذ الميت يلازم الطفل باستمرار ، شأنها شأن الفكرة التى مؤداها أن غضب اللحظة ، أو الرغبة فى الثأر كانت مسئولة عن الوفاة . وخلال فترة الحداد، يتعين على الطفل الحزين أن يتخلص من الذنب الطاغى والاتهام المصاحب للنفس بمعرفة حقيقة الموت وأسبابه الحقيقية وبالمثل، فإن أبناء المطلقين

يشعرون غالباً أن ذنوبهم الصغيرة، المقصودة وغير المقصودة ، ربما كانت سبباً فى الطلاق :

"لقد كنت أحدث ضوضاء كثيرة أثناء اللعب" ، "لم أسلم أمى رسالة أبى"، "لقد كان كلبى غير مهذب" . كل تلك التعبيرات يمكن أن تستمر لفترة طويلة ، خاصة فى عقول الأطفال الصغار ، لتفسير الطلاق لايستطيعون فهمه الا فى تلك الفترات التى يختلون فيها بأنفسهم. ويدفع الذنب المزعوم العديد من الصغار إلى الرغبة فى علاج العمل الخاطئ وإعادة الزواج . وهذه الرغبة تكون أقوى فى حالة الطلاق لأنها تتعزز بسبب وجود الوالدين على قيد الحياة .

وربما كان أهم الفروق هو أن الموت على عكس الخسائر الأخرى . **يعتبر تجربة عالمية**، وكل حى عند مواجهة موت شخص آخر يعرف ذلك . وكل شخص يشعر بالرعب والراحة عندما يعرف أن نفس المصير ينتظره . وهذه المعرفة تزيد قلق الأحياء. والطلاق يثير السؤال الرئيسى " هل نفس المصير ينتظرنى؟ ويظل هذا السؤال بمثابة اهتمام شخصى من أبناء المطلقين. ويعاود الظهور كلما تقدم الطفل فى كل مرحلة نمائية، وغالباً ما يبدو فى أوج قوته عندما يصل الطفل إلى مرحلة المراهقة وينتظر بقلق إلى ما ينتظره عندما يعبر القدرة الموصلة إلى النضج .

وأخيراً ، فإن **الوسط الاجتماعى ودعم الجماعة المتاح** تختلف بالنسبة للأطفال فى كل من تلك المجموعات والطلاق ، فى بدايته بشكل مؤكد - يعتبر طريقاً موحشاً بالنسبة للأطفال والمراهقين فى العائلات المطلقة . وعلى عكس المشكلة الاجتماعية التى تتجمع لحضور مراسيم الوفاة والمساندة التى يلقاها فى فترة ما بعد فقد أحد الوالدين مباشرة. فعندما يحدث الطلاق لاتكون تلك المساندات موجودة فى الغالب . ومرات عديدة ، يظل الأقارب والجيران بعيداً، وقد ينحاز الأجداد إلى أحد الطرفين فى الصراع أو يبدون التبرم بقرار الزوجين الطلاق. وعلى ذلك فإن الطلاق يمثل محنة شديدة بالنسبة لكل من الأطفال والبالغين فى وقت تتلاشى فيه المساندة ، برغم الحاجة المتزايدة للمساعدة وقت الوحدة.

ويشترك أطفال الطلاق والحرمان فى إدراك أن ظلاماً قد ألقى على حياتهم . وتنطلق كلتا الخبرتين من قلق منتظر بشأن المستقبل. وتتطلب محاولات السيطرة جهدا مجدداً فى كل مرحلة نمائية لأن الأسئلة التى يثيرها أى من الطلاق أو الوفاة تعاودالظهور أو تستمر كلما تجدد البحث عن الوالد الغائب أو الأسرة المترابطة لاشباع حاجات فى كل مرحلة نمو تالية .

المسار التاريخى للطلاق

يمكن فهم الطلاق بشكل دقيق كعملية متعددة المراحل لعلاقات عائلية تتغير بشكل جذرى تبدأ بانفصام الزواج ، وفترة ما بعد هذا الانفصام مباشرة، وتستمر عدة سنوات من عدم التوازن خلال الفترة الانتقالية، ثم تستقر فى النهاية مع إعادة استقرار العائلة بعد الطلاق.

وقد نظر علماء النفس للطلاق – ، متأثرين جزئياً بالعملية القانونية – كحادثة فردية مثيرة للضغوط – أو كفترة وجيزة للتمزق ، يعقبها استقرار فى العائلة التى يرعاها أحد الوالدين. وتؤكد ملاحظاتنا أن عدم استقرار العائلة الذى يحدثه تمزق الزواج يحتل جزءاً هاماً من سنوات نمو الطفل. وكان متوسط الوقت الذى كانت تتطلبه السيدات لاستعادة الاحساس بالنظام والاستقرار فى حياتهن يتراوح بين ٣ – ٥ر٣ سنة بعد الانفصال. وهذه التقديرات الزمنية يمكن أن تمتد بدرجة كبيرة لدى العديد من الأسر إذا أضفنا فترة عدم الاستقرار وعدم التوازن للزواج الفاشل قبل قرار الطلاق . وسوف يختلف الإطار الزمنى لتلك العمليات ، ولكن منظورا واقعيا يمكن أن يعتبرها تحتل فترة من ٣–٥ من الأنفصال، ٢–٤ سنوات من الطلاق. وهذه الفترة تغطى نصف الفترة الزمنية للطفل عمر ٧ سنوات وربع طفولة طفل عمره ١٢ عاماً.

مراحل عملية الطلاق

رغم الحاجة لملاحظات إضافية لعينات أكبر وجماعات سكانية مختلفة . فإنه

يمكن تصور وجود عدة مراحل متتابعة لعملية الطلاق، والتى برغم التداخل يمكن تمييزها عن بعضها البعض:

والمرحلة الحادة تحدث فجأة نتيجة للانفصال الحاسم للزوجين وتكون مصحوبة فى العادة بالخطوة القانونية للترتيب لحل الزواج ، ورحيل أحد الوالدين عن البيت، كما هو شائع فى بلادنا . وتتراوح مدة هذه المرحلة من عدة شهور الى أكثر من سنة من بداية تلك العملية القانونية ، والتى تحدث – فى معظم التشريعات – قبل قرار الطلاق النهائى بعام كامل على الأقل . وترتبط البيئة المأساوية ، الفوضوية غالباً، للمرحلة الحادة بحقيقة مؤداها أن قرار الطلاق فى أسر بها أطفال نادراً ما يكون قرارا تبادلياً، ولكن يطلبه طرف واحد من أطراف الزواج ويعارضه الطرف الأخر أو يقبله بتردد.

وتغطى **المرحلة الانتقالية** التى تلى ذلك فترة عدة سنوات، يقوم فيها الكبار والأطفال أدوار غير مألوفة وعلاقات جديدة داخل تركيب الأسرة الجديدة ، وفى الغالب تقوم وحدة الأسرة الجديدة بتغيير محل إقامتها . ويمكن أن تتعرض الأم والأطفال إلى انخفاض مستوى المعيشة وأسلوب حياة جديد ، حيث تتحمل الأم جزءً أكبر من المسئولية الاقتصادية، ويحتمل أن تتغير علاقة الوالد بالطفل تغيراً جذرياً ، خاصة من خلال علاقة الزيارة . وهذه التغيرات الجذرية تتطلب عمليات توافق معقدة ومؤلمة.

وأخيراً **مرحلة استقرار** تتأسس فيها أسرة ما بعد الطلاق كوحدة مستقرة تؤدى وظائفها . وتمثل الأدوار الاقتصادية والاجتماعية وأنماط العلاقة فى ذلك الوقت تلك التى ظهرت أو التى تم استعادتها بعد مرور الفترة الانتقالية. ويعتبر الزواج من جديد عملية متكررة خلال وعقب المرحلة الانقالية، ويحدث تغيرات إضافية فى كل مجالات الحياة العملية .

ولا تمر كل الأسر المطلقة التتابع من التغيير . إذ يمكن أن تظل بعض الأسر ثابته عند المرحلة الحادة. وبعض الأسر تنفق جهدها، وحتى مواردها المالية ، فى صراع مرير ومتصل حول الأطفال أو الممتلكات – سواء داخل أو خارج المحاكم.

وبالنسبة لتلك الأسر : يظل الضغط الحاد مرتفعاً ويصبح مزمنا بسرعة ، ولكنه لايتبدد ولايخمد .

وتظل أسر أخرى فى مرحلة انتقالية . وقد تنتقل الأسرة من مكان لآخر دون استقرار لسنوات طويلة. أو قد يظل عدم الاستقرار واضحاً فى نمط من الاضطراب الأسرى يتميز بكثرة الناس الموجودين فى البيت ، وتغيرات متكررة فى مجالى السكن والعمل ، يصحبه إحساس مستمر بالوجود فى مهب الريح، رغم انخفاض مستوى التوتر العالى الأصلى.

طبيعة التغييرات التى يحدثها الطلاق

إن التغيرات التى تحدث خلال تلك السنوات يحتمل أن تظل فى مرحلة انتقالية مختلفة عما هو منتظر وقت إتخاذ قرار الطلاق ، ويحتمل أن تكون مفاجئة ، حتى عندما تبدأ فى التلاشى بالتدريج . وعلاوة على ذلك يحتمل أن تحدث التغيرات فى جميع مجالات الحياة الأسرية : الاقتصادية، الاجتماعية، النفسية، والجنسية ، بالإضافة إلى التغيرات التى تطرأ على علاقة الطفل بالوالدين ومجالات الأداء الوظيفى الأسرى. وتحدث كثير من التغيرات التى تنعكس فى المدرسة، فى الحى، فى البيت، وفى أنماط رعاية الطفل، وفى تواجد كل من الوالدين ، وفى مستوى المعيشة العام وذلك فى فترة زمنية قليلة خلال أوائل ما بعد الانفصال . ونتيجة لذلك : فإن تجربة الكثير من الأطفال تتمثل فى أن كل جوانب حياتهم فى الغالب فى حالة تقلب متصل خلال فترة من الزمن، وأن العالم كما عرفوه فقد معناه من حيث الاستقرار والنظام.

وتحدث كثير من تلك التغيرات - بطبيعة الحال - داخل أسرة سليمة أيضاً. ورغم ذلك : فإن الأسرة السليمة يحتمل أن تنحنى بدلاً من أن تنكسر بفضل تلك التغيرات ، وتزود أفراد الأسرة بمعنى أساسى من التماسك والاستقرار ، حتى فى خضم الاضطراب الخطير. وفى واقع الأمر : فإن من الوظائف الأساسية للأسرة توفير معنى للاستمرارية ومكانا للراحة فى قلب الجانب المعروف من الحياة المجهولة.

والتغيرات التى يحدثها الطلاق مثيرة للضغوط لأن دور الحماية للأسرة قد تداعى. وذلك : فإن كل فرد داخل الأسرة المطلقة لا يشعر بالتغير فقط، ولكنه يشعر بالتعرض لخطر أكثر تهديداً بالأثر المحتمل لتلك التغييرات . وفيما يلى نعرض للمراحل التوافقية لمشكلة الطلاق :

المرحلة الحادة :

خلال المرحلة الحادة يمكن أن تتضمن التغييرات سلوكيات جديدة فى الوالدين تختلف بدرجة كبيرة عن السلوك المعتاد ، ويواجه الأطفال تمييزاً ملحوظاً فى الصور . ورغم أن تلك السلوكيات الغريبة قصيرة الأجل عندما تكون فى أوجها، فإن الطفل يعوزه التأكيد على عدم حدوث السلوكيات المعتادة . وهذه السلوكيات الممزقة الجديدة ذات أنواع مختلفة وتشمل : الاتهامات اللفظية ، التهديدات ، والغضب المصحوب بالعنف، والاكتئاب الذى يمكن أن يتضمن التفكير فى الانتحار.

ومن الطريف أن نخمن السبب الذى يجعل كثير من البالغين يحسون بالطلاق على أنه مؤثر على تكاملهم العقلى . وثمة تفسير لذلك بأن شدة استجابة كثير من البالغين ترتبط بحقيقة مؤداها "أن قرار إنهاء الزواج نادراً ما يكون متبادلاً ". وعلى ذلك : فإن هناك إحساساً بفقدان التحكم أو الضبط الداخلى فيما يتعلق بواحد من القرارات الرئيسية التى يتخذها الفرد طوال حياته. ورغم إحتمال وجود اتفاق على الحالة المؤلمة للزواج ، فإن هناك خلافاً حاداً فى الرغبة فى إنهائه. وليس من المألوف بالنسبة لعلاقة الزواج التى فقدت معناها لسنوات طويلة أن تعود فى النهاية بالتهديد بانهائها. كما أنه ليس من الشائع بالنسبة للناس الذين عاشوا متجاورين جنباً إلى جنب لسنوات طويلة فى حالة عزلة بدون اتصال جنسى أن يتأثروا بالرفض والتحقير.

وحتى الزواج الهش أو الفاشل يمكن أن يوفر بنية تعمل كأساس للأمان. وكمصدر للتحكم الخارجى فى الذات. وعندما تفشل بنية الزواج ، تنطلق الاحساسات العدوانية والميول الجنسية التى كانت تحت السيطرة بقوة جديدة

وبجهود قليلة للسيطرة عليها . ويسيطر التعبير المنطلق عن تلك الإحساسات على كثير من البيوت التى كانت تتميز قبل قرار الطلاق بحياة متحفظة .

القابلية المتلاشية للوالد :

إن المرحلة الحادة هى مرحلة اضطراب عضوى ، وتغير سيكولوجى وتلاشى تواجد الوالدين. والأهل الذين تسلموا وظائف جديدة يضطرون إلى ترك أطفالهم مع جليسات جديدات ، أو فى مواقف جديدة ، أو بمفردهم . وفى بعض الأحيان يكون عبء العمل ضخماً لدرجة أن الأطفال الصغار يحتاجون إلى أن يجهزوا غذاءهم بأنفسهم ، ويذهبون إلى المدرسة وحدهم، ويذهبون للفراش دون معاونة . وعلى ذلك فإن تغيرات العملية تلك تقوم بنصيب فى تقليل وقت الوالدين وعنايتهم بالأطفال . بالإضافة إلى ذلك ، فإن بحث الوالدين عن علاقات جديدة يحظى بالأهمية القصوى، ويزيد من تقليل الوقت المخصص للأطفال.

ويكون بقاء ووجود الطرف الزائر أو الذى لايتولى الرعاية غير كافٍ لزيارات مطولة، والزيارات الأولى تكون غير مريحة ، متوترة ويمكن أن تكون بمثابة بديل مؤقت. علاوة على ذلك : فإن القليل من الوالدين الزائرين يكونون مستعدين لتحدى علاقة الزيارة ، كما أنهم لايستطيعون إدراك مدى صعوبة إنشاء تلك العلاقات أو المحافظة عليها فى السنوات القادمة.

وقد لفت هيزرنجتون وآخرون .Hetherington et al (١٩٧٨) الانتباه إلى الاضطراب الأسرى الذى يسود فى فترة ما بعد الطلاق بنمطها القسرى فى الرقابة، وتوتر أعصاب كل من الأم والطفل، وحالة نقص الكفاءة ، وإحساس أقوى بالعجز لدى السيدة التى تحاول تعزيز دورة مستمرة من التفاعل المتبادل والسلوكيات المدمرة المتكررة . وملاحظاتنا الخاصة مماثلة فنحن أيضا نرى اضطراباً وخللاً فى النظام ونقص الانتظام فى تطبيق النظم المنزلية . وتتمثل الأسباب الرئيسية الكامنة وراء تدهور النظام المنزلى الذى توصلنا إليها هى : التعب وزيادة ، الأعباء، خوف الأم من رفض الأطفال لها ، ورغبتها فى تلافى التأنيب بسبب الطلاق ، والخوف من غضب الأطفال أن يدفعها إلى الاستسلام للمطالبات الصاخبة للأطفال، والتخلى عن الانضباط الذى يجب أن يسود المنزل.

لكل ما سبق من أسباب ، يتبين أنه خلال ما بعد الطلاق مباشرة وللعام الأول ، يميل الطرف الراعى لأن يكون أقل كفاءة كوالد ، وأقل قدره على المحافظة على بنية النظام المنزلى، وغير متواجد بشكل كافى أمام الأطفال . ويكون الصغار شديدى الاستثارة ، متوترين وميالين للاتهام وثائرين .. وتكون النتيجة هى سيادة الفوضى، ونقص الانضباط وانعدام الرعاية ، والتى بدورها تزيد من قلق جميع المشتركين.

تجربة الطفل أثناء المرحلة الحادة :

إن انشغال الوالدين بمشاكلهم الخاصة يقلل من العناية أو الأنتباه الذى يحظى بهما الأطفال. ويشعر كثير من الأطفال بالرعب والقلق بسبب الحالة النفسية للوالدين وسلوكهم ، وبشدة الصراع، وبسبب العنف البدنى الذى يمكن أن يحدث أمام الأطفال. ونادراً ما يتم حماية الأطفال من مشاهدة المناظر الغاضبة ، وفى بعض الأحيان يحدث الشجار فى وجود الأطفال.

بالإضافة إلى ذلك ، فإن سلوك وضغط أحد الوالدين يزيد من وعى الأطفال بأن الوالدين غير متواجدين للمساعدة خلال أزمة الأسرة فى خضم إحساسهم بضرورة الاستفادة من مواردهم . وهذا الإدراك ذا أهمية بالغة لحالة استجابة الأطفال وتثير ردود أفعال واسعة، يرتبط كثير منها بالمرحلة العمرية.

استجابات الأطفال لطلاق الوالدين

١- الفروق العمرية :

للعوامل النمائية أهمية بالغة فى استجابات للأطفال والمراهقين فى فترة تمزق الزواج . ورغم أن الفروق الفردية هامة فإن عمر الطفل والمرحلة النمائية تبدو كأهم العوامل التى تحكم الاستجابات الأساسية. وتؤثر مرحلة النمو تأثيراً عميقاً على حاجة الطفل، وتوقعه للوالدين، وإدراك الضغط ، بالاضافة الى أساليبه التوافقية واستراتيجياته الدفاعية.

ومن الممكن ظهور أنماط استجابات مختلفة ترتبط بالمجموعات العمرية

المختلفة ، فمن المتوقع أن يحدث ارتباط بين استجابات الأطفال السلوكية الأساسية تجاه الطلاق وعمر الطفل ومرحلته النمائية.. ورغم ذلك ، فقد ندهش عندما نكتشف المدى الذى وصلت اليه مدركات الطفل وهمومه وخيالاته عن الطلاق ، وأسبابه ونتائجه المحتملة بالنسبة لهم ، وأن استجاباتهم العاطفية الرئيسية والتعاطفية كانت محكومة بعمرهم وموقعهم على سلم النمو وقت التمزق الأسرى .

فالطفل فى عمر ما قبل المدرسة عقب تمزق الزواج يحتمل أن يتأخر من الناحية السلوكية ، ويحتمل أن يقلق على كونه مرفوضا من جانب كلا الوالدين ، ويحتمل أن يشعر أكثر من نظائره من الأطفال الكبار بمسئوليته كسبب من أسباب الطلاق، ويحتمل أن يصبح مدركاً لكل حالات الأنفصال وأن يصاب بالهلع من جراء الانفصالات الروتينية أثناء النهار وخاصة عند النوم، ويحتمل أن يتعرض لاضطرابات نوم معتدلة، ويحتمل أن يكون ميالا للبكاء، سهل الاستثارة ، وأكثر عدوانية . ويحتمل أن يعانى من الفروق عن اللعب .

والأطفال فى المرحلة العمرية (٥ر٥-٨ سنوات) يظهرون اكتئاباً معتدلاً، ويكونون مشغولين برحيل الوالد عن البيت ، ويكون حزنهم ظاهراً وشوقهم قوياً لعودته ، ويخافون من أن يحل أحدا محله (هل سيحصل والدى على أم أخرى، وسكن أخر، وطفل صغير آخر؟..)، ويعتبر رحيل الوالد بمثابة رفض له (لو كان يحبنى، لما كان قد رحل)، ونصف الأطفال تقريبا فى هذه المجموعة العمرية أحسر بالتمزق فى تعلمهم بالمدرسة، بالاضافة إلى تدهو علاقاتهم بأقرانهم أثناء العام التالى لقرار الطلاق .

وعلى النقيض ، فإن **الأطفال فى المجموعة العمرية الأكبر**، يكونون وقت تمزق الزواج ، أكثر احتمالاً لاعتبار أحد الوالدين مسئولاً عن الطلاق والآخر ضحية ، ويحتمل أن يصبوا جام غضبهم على أحد الوالدين أو كليهما، وغالباً ما يعبرون عن ذلك الغضب بشكل ظاهر ومباشر بطرق يمكن أن تسبب القنوط لأحد الوالدين، ويحتمل أيضا أن يكونوا مدركين للسلوك الجنسى للوالدين، وأن يجدوا ذلك السلوك مشجعاً ومفرقاً فى آن واحد . وتظهر عليهم أعراض بدنية فى ذلك الوقت .. وقد

اشترك المراهقون الصغار فى الغضب الشديد الذى أحس به أطفال ما قبل المراهقة أو الأطفال الكبار فى سن المدرسة، ولكنهم أيضاً عرضوا مجموعة من الاستجابات السلوكية الخاصة التى تعكس أثر الطلاق على العمليات النمائية والصراعات التى يعانى منها المراهق .

الفروق بين الجنسين :

تكشف نتائج الدراسات المتعلقة بالاستجابات خلال تلك المرحلة الحادة ، أن الفروق بين الجنسين فى الاستجابة للضغط الناتج عن الطلاق يمكن تمييزها بسهولة، وعلى ذلك فإن استجابات الأولاد والبنات اتخذت طريقاً مختلفاً لكل منها، ومن البداية أظهرت النبات (فى بيوت رعاية الأمهات) تحسناً فى توافقهن فى البيت والمدرسة أفضل من الأولاد . وكانت الفروق بين البنين والبنات واضحة بشكل خاص خلال العام والنصف الأول عقب الانفصال النهائى. وبعد خمسة سنوات تلاشت تلك الفروق . فعلى سبيل المثال : أصيبت مجموعة من البنات اللاتى عند دخولهن مرحلة المراهقة باكتئاب حاد للمرة الأولى. وبشكل عام : فلا العمر ولا النوع بديا دالين فى تمييز الأطفال المضطربين عن الأطفال الذين كانوا متوافقين تماماً بعد خمسة سنوات من الطلاق. وبدت الفروق بين الأطفال بعد خمسة سنوات أقل ارتباطاً بأثر تجربة الطلاق على تطورهم وأكثر ارتباطاً بالفروق الفردية بين الأطفال.

مهام التكيف مع الطلاق

بعد أن اظهرت عدة جوانب لتمزق الزواج باعتبارها عوامل مثيرة للضغوط العنيفة من وجهة نظر الطفل الذى تربى فى أسرة مكونة من والدين ، فإننا نتحول الآن إلى محاولة لتصوير استجابات الطفل بمرور الوقت ، واستخدام المهمة كمكون منظم يمكن أن يساعد على دفعنا إلى الخطوة التالية لتغطية الأرض النظرية والتجريبية بين مفاهيم الضغط والتوافق . فبتوسيط مفهوم المهام ، نستطيع صياغة أسئلة ترتبط بجهود الطفل فى التوافق بتوضيح أنماط التوافق. وأى جوانب التجربة الضاغطة يتوافق معها الأطفال؟ وخلال أى فترة زمنية؟ وفى أى تتابع مؤقت؟ وبأى

نوع من النتائج ؟ وفى الالمام بكل من السلوك الظاهر للأطفال بالاضافة إلى تجربتهم النفسية الداخلية، فإن مفهوم المهام واتقان الأطفال لها يوفر مدخلاً للأهمية النفسية لاستجابات الأطفال، ومجالها الاجتماعى ونتائجها الاجتماعية، بالاضافة إلى ذلك : فإنه يمكننا من تصور الاستجابات للضغط ليس فقط خلال فترة الطفولة والمراهقة، ولكن فى المجال الأوسع .

إن مفهوم المهام يرجع فى أصله إلى صياغات فرويد الأولى عن "العمل المأساوى" الناتج عن الخسارة المفروضة على الشخص المحروم يستدمج. ويعرف المفهوم العمليات النفسية التى لابد أن يتعرض لها الشخص المحروم لكى يدمج التجربة الضاغطة ويواصل حياته بدون مرض عقلى. وقد قام لندمان Lindman, (١٩٧٤) وكابلان Caplan, (١٩٨٥) بالقاء مزيد من الضوء على "العمل المأساوى "grief work" والمهام المرتبطة به وكان هذا المفهوم هاماً بالنسبة لتكوين نظرية الأزمة وفى تطوير التدخل فى الأزمة كوسيلة للعلاج النفسى. كما أن المهام جوهرية بنفس القدر لنظرة إريكسون Ericson البنائية لمسار النمو البشرى.

إن كلا من القيود الزمنية والتتابع الذى تفرضه كل من المهام المرتبطة بالطلاق له أهميته . وهناك عدة مهام تحتاج لتلبية عاجلة، خلال الشهور القليلة الأولى لانفصام الزواج ، خلال العام الأول على أقل تقدير. وتتضمن تلك المهام ستة مهام يجب اتقانها:

وتعرف المهمة (١) بأنها الاعتراف بانفصام الزواج ، والمهمة (٢) بأنها استعادة إحساس بالتوجيه والحرية فى مواصلة الأنشطة المعتادة . ويرتبط اتقان الطفل الناجح لتلك المهام العاجلة نسبياً بالمحافظة على معدل تطوره وباستئناف التقدم فى المدرسة بعد انحدار أساسى ومتوقع فى فاعلية التعلم والأداء الأكاديمى .

وهناك مهام أخرى تفرض تحدياتها بشكل أقل حده ، بمعنى أن تحقيقها ينطوى على فترة تأخير أطول قد تمتد عبر سنوات نمو الطفل، ويحتمل أن تصبح تلك المهام ضرورية فى منتصف مرحلة المراهقة. وربما يضاف إلى هذه المرحلة

المهمة (٣) "التعامل مع الخسارة والإحساسات بالرفض" ، المهمة (٤) " العفو عن الوالدين"، والمهمة (٥) " تقبل دوام الطلاق" .

والمهمة الأخيرة ، ذات الأهمية البالغة للمراهقة ، تعتمد على كفاءة ثبات الأطفال فى المهام الأولى لانجازها بشكل كامل. وهذه المهمة السادسة والأخيرة والتى يمكن أن نطلق عليها، " حسم قضايا العلاقة، هى ، على المدى البعيد أهم المهام لكل من الطفل والأسرة، وللمجتمع أيضاً. وفيما يلى تتابع المهام التكيفية مع طلاق الوالدين .

المهمة (١) :

الاعتراف بانفصام الزواج :

إن أول وأبسط مهمة للطفل هى الاعتراف بانفصام الزواج بين الوالديه، واستيعاب نتائجه المباشرة بعيداً عن التخيلات المخيفة التى تكون قد ظهرت فى مخيلة الطفل . وثمة عقبة أساسية تحول دون اعتراف الطفل بانفصام الزواج تتمثل فى التخيلات العديدة التى بها يضفى على تلك التغييرات أسباباً ونتائج مخيفة .. وهناك عقبة أخرى أمام الطفل فى الاعتراف تتمثل فى سيل من المشاعر القوية تفرض احساساً طاغياً بالتهديد. وبطبيعة الحال : فإن رغبة الطفل القوية لإنكار الصدع واستعادة الحياة الأسرية السليمة تلعب دوراً هاماً أيضاً . وسوف يكون النجاح أو الفشل محكوماً بعدة عوامل : قدرة الفرد ومستواه النمائى فى مجابهة كل من الحقيقة الداخلية والخارجية ، والمعونة التى تقدم للطفل من الأسرة والمحيط الاجتماعى. ويمكن اعتبار التفوق المعرفى ، فى هذا الصدد، بمثابة دلالة على الدقة والاتقان، وعلى القدرة العاطفية والفكرية للطفل على فهم سير الأحداث ، مجتمعة مع السيطرة على التخيلات المخيفة والمزعجة.

وبالنسبة لكثير من الأطفال، فإن مهمة فهم الطلاق والفصل بين الحقيقة والخيال، والتمييز بين الواقع والأحلام، يعوقها سلوك الوالدين المضطرب، الذى

يمكن أن يصل إلى حدود غريبة تحت القوة الضاغطة للغضب الجامح أو الاكتئاب. ويضاف إلى ذلك الغياب النسبى للتأكيد ، والتفسير والمساندة من الوالدين وغيرهم من الكبار. بالاضافة الى ذلك ، فإن المجاهيل الكثيرة وعلامات الاستفهام التى تميز عملية الطلاق، والتغيرات السريعة الكثيرة التى سبق وصفها تسهم فى زيادة قلق الطفل.

والعوامل النمائية ملائمة لإدراك واتقان هذه المهمة . فالمراهقون وكبار الصغار لاينشغلون بهذه المشكلة مثلما يفعل الصغار . ورغم ذلك فإن عدداً كبيراً من الأطفال الكبار يجدون مشقة فى الاعتراف بحقيقة الطلاق، وكان سلوكهم يعكس معاناتهم. على سبيل المثال : فإن صبياً عمره ١٢ سنة عندما علم بطلاق والديه الوشيك جرى داخل البيت وهو يصرخ " إنتم تحاولون قتلنا جميعاً " . وطفل آخر عمره ١٠ سنوات بدأ يتقيأ. وقد عكست ردود الأفعال الأولى لكثير من هؤلاء الأطفال ادراكهم للطلاق باعتباره يحمل نتائج مأساوية.

كيف ينجز الأطفال منهمة الاعتراف؟ :

يمكن أن يتغلب معظم الأطفال على قلقهم بأن يعترفوا بالتدريج أن مخاوفهم ومتاعبهم التى سببوها لأنفسهم ولوالديهم – والتى كانت تكمن وراء ألمهم – كانت غير محتملة الحدوث. فكثر من الأطفال يخشون من البداية من أن يتخلى الأب عنهم، وتوقع معظم الأطفال أن أمهم يمكن أن تفعل ذلك ، وعدد قليل من الأطفال يخشون من إخراجهم من البيت .. وبمرور الوقت وعندما يثبت أن مخاوفهم تلك كانت بلا أساس، يستطيع الأطفال فصل الحقيقة من بين تخيلاتهم، وأن يتخلصوا من سلوكهم المتخلف الناشئ عن القلق، والعودة إلى أنشطتهم المعتادة .

وبالمثل، فإن قلق الأطفال يخف عندما يؤكد لهم أحد الوالدين على استمرارية الحب والرعاية . وفى بعض الأحيان يخف القلق بشكل جوهرى عندما يستطيع الطرف المتبقى من الوالدين ادراك القلق الأساسى للطفل، وتعامل معه مباشرة. وعندما حدث ذلك : تتوطد العلاقة بين الوالد والطفل، ويستطيع الطفل أن يعتمد على القوة الجديدة لزيادة قدرته على التعامل مع الخيال والخوف. فعلى سبيل المثال :

"اعترف طفل - عمره أربعة سنوات غادرت والدته المنزل بعد حدوث حريق بسيط فى البيت - لوالده بأنه لم يستطع النوم أثناء الليل لأنه كان يخشى أن تكون الأم قد احترقت فى الحريق ، وقد استطاع أن يتفوه بهذا الاعتراف بعد أن تحدث الوالد معه فى النهاية ، وبعد أن أخذ الطفل لزيارة الأم حيث قضوا فترة ما بعد الظهر معاً.. وفى طريق العودة من الزيارة، استطاع الطفل أن يستجمع شجاعته. واعتماداً على القرب بينه وبين والده وبعد أن استعاد الاطمئنان بزيارته لأمه، بدأ ينقى خيالاته بكشفها لوالده وطلب منه توضيح الحقيقة. وقد قال الطفل لوالده "أريد أن تتحدث مرة ثانية ياوالدى".

إن الاعتراف بانفصام الزواج مهمة تتميز عن الاعترافات الأخرى المثيرة للمشاكل . وتكون تلك خطوة ثانية أكثر صعوبة بالنسبة لكثير من الأطفال. سوف نتعرض لها فيما بعد .. وغالباً ما ينجح جميع الأطفال فى دراستنا خلال العام الأول فى تحقيق المهمة الرئيسية للاعتراف بانهيار الزواج.

المهمة (٢) :

استعادة الاحساس بالتوجيه والحرية فى مواصلة الأنشطة المعتادة:

ثمت مهمة أساسية أخرى أمام الأطفال تتمثل فى استئناف أنشطتهم، بالسعادة الملائمة وتعهد النشاط الذى يقومون به باهتمام برغم القلق والانشغال بسبب الأزمة القائمة فى البيت . ولانجاز هذه المهمة، يحتاج الطفل إلى تحقيق قدر يسير من السيطرة على القلق الشديد الناتج عن انهيار البنية الأسرية. وفى البداية يظل الأطفال فى كل الأعمار مركزين اهتمامهم على أحداث البيت . وغالباً ما يكون عدد كبير منهم غير قادرين على مغادرة البيت لفترة زمنية طويلة. واذا فعلوا ذلك ، فمن المحتمل أن يواصلوا أنشغالهم بالأحداث العائلية . ومن ثم : فإن عودة الطفل للمدرسة ، ولعبه ، وجماعة الأقران تعتمد على القدرة على إزاحة الطلاق عن موقعه الأساسى فى بؤرة تفكيره وشعوره ، واستعادة الهدوء والأمل للتهيئة للعودة للأنشطة المناسبة لعمره.

وعقب انفصام الزواج ، يظهر على كثير من الأفراد بعض الأعراض والتغيرات المزاجية التى تتعارض بشكل خطير مع قدرتهم على أداء أنشطتهم المعتادة . فقد ينشأ الصغار يتملكهم الخوف من الأنفصال ويصبحون قلقين عندما يذهبون إلى الحضانة، وغالباً ما يكونوا مستثارين انفعالياً ويبكون بسبب الانفصالات الكثيرة بالنهار والليل. وقد يعانى عدد كبير منهم من الكوابيس ويستيقظون عدة مرات أثناء الليل، مما يؤدى إلى احساسهم بالتعب خلال الأيام التالية .

وبالنسبة للأطفال فى سن المدرسة، فان القلق على الوالد المكتئب أو الغاضب يؤدى إلى إبعاد الكثير منهم عن المخاطرة بالابتعاد عن البيت.

وقد يتغلب الأسى على بعضهم فينسحبوا فى أسى لكى يجلس الواحد منهم طول اليوم فى حجرات مظلمة. وبعض الأطفال فى هذه المجموعة العمرية يكونوا مشغولين بخيالات عن النشاطات الجنسية للوالدين. على سبيل المثال. فإن الطفل (س) التى كانت تبلغ ١٠ سنوات من العمر، كانت تشكوا من أنها فقدت الرغبة فى المدرسة، وفقدت الاهتمام بأصدقائها وفى دروس البيانو . " وفى كل شئ منذ أن رحل والدى". وذكرت أنها كانت تعتقد طول اليوم أنه كان " يتسكع طول مع صديقته". وكانت تفكر باستمرار فى أمها وصديقها وكانت تصاب بالرعب من فكرة "احتمال وقوع أمها فى الحب". وتساءلت كيف أستطيع أن أركز فى الدراسة وأن أفكر أن أمى وأبى يتعانقون ويضاجعون أناس آخرين؟".

وقد يتعرض بعض أطفال المدرسة الابتدائية لتمزق خطير فى التركيز وقدرتهم على التعلم. وذكر كثيرون منهم أنهم فشلوا فى فهم تعليمات المدرسين لأنهم كانوا منهمكين فى التفكير فى الطلاق. بالاضافة إلى ذلك فإن قدرتهم على اللعب تعوقت بشكل خطير خلال تلك الفترة. وذكر الصغار كبحاً أساسياً لقدرتهم على الاستمتاع بأنشطة ما بعد المدرسة التى كانت تتراوح بين الأنشطة الرياضية ورقص البالية. وكان يصعب عليهم الاحتفاظ بالصداقة حيث أصبحوا عصبيين ، شديدى الاستثارة ونزاعين للسيطرة، كثيرى الطلبات معارضين مع أصدقائهم الذين سرعان ما عادوهم أو ابتعدوا عنهم.

وقد هرب بعض المراهقين من البيت ومن محيط أنشطتهم المعتادة . وكان هؤلاء الصغار يزوغون (يهربون) من المدرسة ويبحثوا عن أصدقاء جدد ، كان كثير منهم منغمسين فى جنح بسيطة أو خطيرة ، وأنشطة جنسية وأدمنوا الشراب ، مما لفت انتباه سلطة المدرسة لهم . وقد لازم مراهقون آخرون البيت ويضاف لتلك المجموعة الأخيرة صغار آخرون ذكروا أنهم كانوا يقطعون الحجره ذهاباً وإياباً بقلق حتى الساعات الأولى من الصباح عندما كان الوالد الراعى يقضى الليل بالخارج.

وقد نجح عدد قليل من الصغار فى كل مجموعة عمرية، فى المحافظة على أنشطتهم المعتادة فى ذروة المأساة. ولم تؤدِ حدة المحنة الأساسية للطفل وخطورة التمزق فى عملية التعلم الى التنبؤ بأى الأطفال سوف يستأنف الدراسة بنجاح ، وأى طفل يمكن أن يفشل فى ذلك . وقد استطاع كثير من الأطفال الذين أظهروا استجابات غير منظمة منذ البداية أن يؤدوا عملهم المدرسى وأن يلعبوا بحماس لايخبوا .

كيف ينجز الأطفال هذه المهمة ؟

يستطيع معظم الصغار فى العام التالى بعد انفصام الزواج الانغماس من جديد فى أنشطتهم المعتادة. والصغار الذين لهم تاريخ فى الانجاز الناجح فى العديد من المجالات ، الأطفال الذين كانوا قبل طلاق والديهم " يتعلمون جيداً ، لهم صداقات بصورة جيدة ، يلعبون جيداً، لهم أنشطة واسعة ويمارسونها بصورة جيدة: وجدوا هذه المهمة سهلة الانجاز عندما استعادوا نمطهم السابق للسلوك الكفء . والصغار الذين كانوا يتمتعون بمساندة اصدقاء صبورين أوفياء ومدرسين مهتمين ، استعادوا طريقهم بشكل أسرع واستطاعوا بالتدريج أن يستفيدوا من مصادر الرضا فى المدرسة وفى الملعب لكى يوازنوا الحرمان فى البيت ، واستطاع آخرون العودة الى أنشطة سارة ومتابعات أكاديمية فقط عندما كان الوالدان يعودان الى هدوئهما وعند استقرار حياتهم الأسرية المنزلية.

الأطفال الذين يفشلون :

لقد عجز عدد كبير من الأطفال عن استئناف أنشطتهم المعتادة فى المدرسة والملعب بعد طلاق والديهم ، ويظلون . منعزلين قلقين وغير سعداء عندما تستمر مشكلتهم فى المدرسة والملعب. وقد يبدو هؤلاء الأطفال عاجزين عن الاستفادة الكافية من المساندة المتاحة من جانب المدرسين، وحتى المدرسين المحبين، والحساسين الذين يبذلون جهوداً مضنية لجذب الأطفال ومساعدتهم بواسطة العديد من الطرق.

وقد يعانى هؤلاء الصغار أيضاً من صعوبات فى المحافظة على الصداقات مع الأقران ويميلون إلى الانسحاب إلى بيوتهم بعد المدرسة عندما يكونوا مع الطرف الراعى، وأن ينتظروا عودتها، ويشاهدوا التليفزيون ، أو يلعبون مع الأطفال الصغار. وقد يظل بعض المراهقين منهم منهمكين فى أنشطة لاتعزز تقدمهم الأكاديمى أو الاجتماعى . ويستمر أطفال آخرون مشغولين بحماس فى المعارك الوالدية، بينما يقضى آخرون وقتاً طويلاً بالبيت بصحبة والد يعانى من القلق والاكتئاب .

المهمة (٣) :

التعامل مع الخسارة والاحساس بالرفض :

يعتبر استيعاب الحزن على رحيل أحد الوالدين من البيت ، والتوافق مع الخسارة الجزئية والكلية لذلك الوالد أهم وأصعب مهمة يجب أن يستوعبها الأطفال ويتعاملون معها. ولانجاز هذه المهمة، يكون مطلوباً من الطفل أن يحزن على غياب الأب وأن ينهى عملية الحزن نسبياً بتقبله للخسارة . بالاضافة إلى ذلك : فإن المهمة تقضى بأن يتغلب الطفل على الإحساس العميق بالرفض والتحقير الذى يتأتى عقب رحيل الوالد غالباً. وتتطلب تلك المهمة فترة طويلة من الاصلاح يمكن أن تمتد عدة سنوات . علاوة على ذلك ، فإن طفل من أبناء المطلقين مثقلاً أكثر من الطفل الذى يفقد أحد والديه بسبب الموت ، لأن الطلاق قرار اختيارى واختيار أحد الوالدين

الرحيل عن البيت يدل على تعقد عملية التغلب على الخسارة وإحساسات الرفض التى يشعر بها الطفل.

وثمة عبء إضافى وقت انفصام الزواج ، وبعد الانفصام أيضاً، يتمثل فى ادراك الأطفال أنهم بحاجة إلى الحفاظ على حب واهتمام الوالد الغائب أو الزائر (أحياناً) لضمان استمرار تلك الزيارات . بهذه الطريقة : فان تلك الزيارات تطيل فى امد تلك المهمة لعدة سنوات .. والتفسير الذى وجده الأطفال مقنعاً وهو " لو كان يحبنى لما ترك الأسرة" امتد ايضا بصورة أخرى" إذا كان يحبنى ، لزارنى مرات أكثر ولقضى معى وقتاً أطول"، وهو أعتقاد أصبح حاداً بفضل عدم وجود نمط ثابت للزيارة. نتيجة لذلك : فإن حساسية الطفل بسبب شعوره بالرفض يمكن أن تستمر خلال السنوات التى تلى الانفصال بين الوالدين

وغالبا ما يشعر الأطفال فى كل الأعمار بالخسارة من جراء عدم حضور الوالد داخل الأسرة كحادث ذا أهمية بعيدة المدى ، حتى عندما يكون مصحوباً بالشعور بالراحة بعد مشاعر حادة سابقة مصحوبة بالعنف والعراك بين الوالدين . والحزن الظاهر، المصحوب بالتشنج ، والدموع الغزيرة والتنهد التى تكون ملحوظة بين أطفال المرحلة المبكرة من التعليم . وفى بعض الأحيان يكون الحزن طاغياً. "ليس لدىّ أب، أنا بحاجة إلى أب" - هكذا أفصح طفل عمره ٦ سنوات وكان من الصعب اسكاته.

ومن الواقعى أن نتوقع أن يترك كل من الطلاق والحرمان بقية دائمة من الحزن. وقد يتضمن حساسية مستمرة لخسارة تالية لعلاقة حب أخرى. وبالنسبة لأبناء المطلقين، يمكن أن يتضمن التراث أيضا حساسية مستمرة تجاه مشاعر الرفض وتلاشى احترام الذات . والحسم الناجح يمكن أن يصور تعايشاً مع تلك المشاعر، مع قدرة حيوية على الاستمتاع بالحياة وثقة واقعية بالنفس.

كيف ينجز الأطفال هذه المهمة :

يمكن أن يتم إنجاز هذه المهمة بتحديها المزدوج بسهولة جداً عندما تكون

الخسارة جزئية، وعندما ينشئ الوالد والطفل علاقة تعاونية ثابته متبادلة. وقد يستطيع كثير من الآباء والأطفال عمل ذلك، بما فى ذلك الذين نمو متقاربين عقب الطلاق. ومن خلال تلك العلاقات ، يتم تخليص الطفل من حزنه. وفى واقع الأمر، فمن المحتمل أن تتعزز بمعرفة أن الوالد اختار بمحض اختياره أن يزور طفله وأن يواصل جهوده فى عمل ذلك، رغم عقبات الزمان والمكان المخيفة.

ومن المحتمل أن عدداً قليلاً من الصغار يستطيعون التعامل بنجاح مع الزيارات القليلة وحتي الزيارة غريبة الأطوار ، بتحويل انتباهم إلى أماكن أخرى وبالانهماك فى المدرسة، وانشاء علاقات مع الأصدقاء ، والمدرسين ، أو الأم الشرعية. وبعد فترة من الاستجابة الحادة لرحيل الأب، يصبحوا قادرين على تحويل انتباههم فى اتجاهات أخرى بدون صراع ظاهر ، خاصة عندما يكون سكن الأب بعيداً ، ويكون الصغار فى هذه المجموعة يتمتعون بالحرية من جانب كبار محبين أكفاء داخل وخارج عائلاتهم.

وعندما يصلون إلى سن المراهقة، يبدو عدد قليل من الصغار قادرين على رفض مضاد تجاه أحد الوالدين الذين تخلو عنهم . وقد يكتسبون قوى جديدة فى سن المراهقة تمكنهم من اتخاذ موقف قوى مستقل والتعامل بنجاح مع مشاعرهم السابقة بالضرر والحقاره بسبب التخلى عنهم. وقد يتخذ رفضهم المضاد شكل إدراك جديد للوالد كمثال غير مرغوب.

الأطفال الذين يفشلون :

لسوء الحظ ، فإن معظم الأطفال الذين يشعرون بخسارة كبيرة لأحد الوالدين عقب الطلاق والذين يخيب أملهم بسبب أنماط الزيارة طول الوقت لن ينجحوا فى التغلب على اكتئابهم وشعورهم بأنهم غير محبوبين أو غير ذى قيمة، وقد تثقل ثقتهم القليلة بأنفسهم فاعليتهم التعليمية وعلاقاتهم بالأقران. ويصبح عدد كبير منهم مصابين باكتئاب مرضى. وقد تتدعم خيالاتهم التى تطورت كاستجابة مبكرة

لانفصام الزواج وتزداد قوة لدى هؤلاء الأطفال الذين ظلوا مشغولين بخيالات عودة الوالد، بينما كانوا مدركين لعدم حدوث ذلك ، فانهم يبدون غير قادرين على تصديق أو رفض تخيل عودته المتوقعة التى كانت تشحذ أحلام يقظتهم. وكبار الأطفال الذين يفشلون فى تبديد إحساساتهم الحادة بالرفض كان محتملاً أن يظهروا الغضب والعدوانية .

أن العوامل النمائية تكون ملائمة لقدرة الطفل على انجاز تلك المهمة الخاصة للتعامل مع الخسارة والإحساس بالرفض. ومن المحتمل أن يستغرق الأطفال فى العمر الأوديبى فى خيالات عودة الوالد إلى العائلة، ويظلون يعانون من الخسارة بشكل شديد. وفى نفس الوقت ، فإن الأطفال من مختلف الأعمار الذين كانوا يستمتعون استمتعوا بعلاقة حب وثيقة مع الوالد أثناء الزواج فانهم عانوا صعوبة فى استيعاب خسارتهم، وتعرضوا لممارسات والديه ضعيفة من الوالد المتبقى.

المهمة (٤) :

التسامح مع الوالدين :

ثمة مهمة أساسية أمام الأطفال فى عملية التخلص من الانفعالات الحادة التى تترسب عن انفصام الزواج كانت تتمثل فى التعامل مع الغضب الشديد الذى كانوا يشعرون به تجاه أحد الوالدين أو كليهما. وهذا الغضب لايبعد الأطفال عن الوالد فقط، ولكنه كان يدفع الطفل – خاصة فى سن ما قبل المراهقة والمراهقين الصغار– الى سلوكيات عدائية موجهة الى معاقبة الوالد وإلحاق الضرر به – ذلك الوالد الذى كانوا يتهمونه بالتسبب فى الطلاق. ويقابل هذا الغضب حب الطفل واعتماده على الوالد، والحاجة المتبادلة للوالد والطفل إلى التوفيق، العفو والاشتراك فى عائلة ما بعد الطلاق. وفى هذه المهمة نواجه واحدة من المشكلات الرئيسية المؤلمة الناجمة عن عملية الطلاق، وهى شعور الطفل بأن الطلاق يتعارض تماماً مع مصالحه. ويكون ذلك مرتبطاً باتهامات مؤداها أن الوالدين كانا غير مبالين بحاجات الطفل، وأنهما كانا يتصرفان بدافع أنانى يهدف إلى تحقيق مصالحهما .

وغالباً ما يلاحظ أن الاتهامات كانت مريرة فى بعض الأحيان. وكان الوالدين

يعتبران بمثابة " أفراد فاشلين فى مسئوليتهما الأساسية كوالدين" ، "وبأنهما مخطئان فى نصحهما لأبنائهما بالتحلى بالأخلاق على حين يتبعان توجيهات مختلفة فى سلوكهما الخاص"، "وبأنهما مستغلين لعجز الأطفال" ، "وبأنهما رافضين بقسوة لحب الأطفال وصداقتهم"، "وبأنهما لا مبالين وغير شاعرين بتعاسة الأطفال"، "وبأنهما جبناء وضعفاء، غير قادرين على مجابهة الظروف القاسية إلا بالهرب" .. ويكون الغضب المصاحب لتلك الاتهامات شديداً ويسيطر على نفسية الصغار وأحياناً تحدث حالات هياج، وصراخ لمدة ساعات وتهديدات بالعنف موجهة إلى الممتلكات وإلى الشخص نفسه. وأحياناً يكون ينتقل الغضب الى مجالات أخرى من الحياة مثل تشاجر الأطفال مع أصدقائهم فى اللعب أو الدخول فى مشاكل مع المدرسين والبالغين الآخرين فى السلطة.

كيف ينجز للأطفال هذه المهمة ؟

من المهم التمييز بين التخلص التام من احساسات الغضب وتقليل ذلك الغضب بحيث لايؤثر على الطفل بشكل أساسى، أو يسيطر على علاقة الوالد بالطفل. وربما وجب الاعتراف بأن بقية من ذلك الغضب تظل بلا حسم . فقد يظل الأطفال فى حالة حزن ، يشعرون لسنوات طويلة أن جزءاً هاماً من نموهم قد أثقل بسبب فشل أو عجز والديهم أو عدم استعدادهم لأن يظلوا أوفياء خلال الزواج . وهذا الغضب الراسخ فى مدركات دقيقة بعدم إخلاص الوالدين ليس محتملاً أن يختفى بمرور الوقت، رغم أن شدته تتلاشى مع الأيام.

وبالنسبة لبعض الصغار، تتحقق مهمة العفو عن أحد الوالدين أو كليهما من خلال علاقة وثيقة جديدة مؤكدة مع أحد الوالدين . والصداقة بين الطفل والوالد، والتى نشأت أثناء الأزمة بدافع الحاجة المتبادلة تعمل ليس فقط على موازنة تعاسة الطفل وشعوره بالوحدة، ولكنها أيضاً تخفض الغضب الشديد الذى أثير . ومن خلال إطار العلاقة المتبادلة الجديدة، يكتسب الأطفال نظرة جديدة واقعية بشأن الطلاق وفهماً أفضل لتوزيع المسئوليات على كلا الطرفين .. وتنشئ هذه العلاقة أيضاً نضجاً لدى الطفل.

ويستطيع الأطفال أن يسيطروا على بعض من غضبهم الشديد عندما يستطيعون ملاحظة التحسن الذى يطرأ على أحد الوالدين بعد الانفصال، وعندما يزداد فهم الأطفال لذلك التغيير ، يبدأون يتعرفون على حاجات الوالدية كشئ مستقل ومتميز عن حاجتهم . ويستطيعون أن يقولو بنظرة هادئة : " الطلاق أفضل لأمى، رغم أنه ليس كذلك بالنسبة لى". وأخيراً : وعندما تستقر الحياة المنزلية ويشعر الأطفال بتلاشى قلقهم وبقدر أكبر من الراحة، يتلاشى غضبهم نتيجة لذلك.

الأطفال الذين يفشلون :

من المؤكد أن تستمر مجموعة كبيرة لسنوات طويلة تشعر بالغضب تجاه أحد الوالدين أو كليهما. وقد يقع هؤلاء الصغار فى أنشطة جنوحية واتصالات جنسية غير شرعية. وقد ينجح آخرون فى التوافق مع المطالب الخارجية للمدرسة والحياة الاجتماعية. ورغم ذلك ، فإن استمرار غضبهم الشديد يبقى جوانب رئيسية من تجربة الطلاق حية فى نفوس الصغار، ويكشف عن عجز الطفل عن تقبل الطلاق. وقد يبدو أن للغضب المرتبط بالطلاق قوة دائمة ، خاصة عندما يتوحد الطفل وأحد والديه ضد الوالد الآخر.

ورغم أن الأطفال فى كل الأعمار يشعرون بارتفاع نسبة القابلية للاستثارة وقت انفصام الزواج ، فإن استمرار الغضب يكون واضحاً فى صغار المراهقين وأطفال ما قبل المراهقة. وقد تظهر عدوانيتهم منسجمة مع الحاجات النفسية والصراعات التى تميز الصغار فى تلك المجموعة العمرية فى علاقاتهم بوالديهم.

الذنب :

رغم أن الاحساس بالذنب بسبب المسئولية عن التعجيل بالطلاق ليس ظاهرة شائعة لدى أبناء المطلقين ، فانه يمكن أن يثقل كاهل هؤلاء الأطفال الذين قد يعتبرون أنفسهم مسئولين عن الطلاق ويعزون لأنفسهم إحساساً بالقوة والشر فى نفس الوقت. وقد اعترفت إحدى هؤلاء الأطفال بأنها كانت ساحرة واستدلت على ذلك بموت جدتها وطلاق والديها.

وتحدث معظم اتهامات الذات فى الأطفال الصغار الذين تكون لهذه الاتهامات عندهم معانى مختلفة ودرجات ثبات مختلفة أكثر مما لدى الأطفال الأكبر سناً. وعلى ذلك : فعندما تتأصل اتهامات الذات فى عدم النضج المعرفى للطفل، فانها تتبدد فى المسار الطبيعى للنمو كلما زادت قدرة الطفل على فهم طبيعة السبب والنتيجة.

وعندما يوجد اتهام الذات لدى كبار الصغار ، يكون احتمال استمرارها أكبر. وفى واقع الأمر لم يبدو الشعور بالذنب بسبب كون الطفل سبباً فى الطلاق كمهمة يستطيع الطفل الكبير انجازها إلا بمساعدة العلاج النفسى. وقد بدت المعايير التربوية من جانب الوالدين وغيرهما من البالغين مصدراً قليلا للراحة.

المهمة (٥) :

تقبل استمرارية الطلاق والتخلى عن الحنين لعودة عائلة ما قبل الطلاق:

يرتبط بالسيطرة الناجمة على المشاعر التى يثيرها رحيل الأب القبول التدريجى من جانب الطفل لدوام الطلاق . وقد يبدو هذا القبول حرجاً فى قدرة الطفل على المحافظة على توافق جيد فى مرحلة ما بعد الطلاق أو الزواج الجديد لأحد والديه.

وثمة صراع داخلى رئيسى لدى الطفل فى البداية، وهو صراع دام سنوات طويلة عند كثير من الأطفال، يتمثل فى الميل للقوى الناتج عن الرغبة والحاجة الى انكار الطلاق فى مقابل للحقيقة الواضحة الدائمة لتمزق الزواج . وقد حاولنا من قبل أن نصف الجاذبية العظيمة لإحساس الطفل فى الأسرة المطلقة بأنه مرفوض ، وكيف أن ذلك الرفض قد يتعزز من كلا الوالدين ، وبغضب الطفل وشعوره بالذنب وقت انفصام الزواج.

إن قوة رغبة الطفل فى إعادة عقاب الساعة الى الوراء الى فترة الزواج السليم لوالديه لايمكن التقليل من شأنها. وقد يبذل الطفل محاولات مستميته لاستعادة الزواج المحطم بالرشاوى، بالمطالبات، وبالتهديدات ، وبالدموع الغاضبة وقت انهيار الزواج. وأحياناً يستمر رفض تقبل الطلاق الى ما بعد الزواج التالى لأحد الوالدين

أو لكليهما، حيث يظل الأطفال يرون أماني سحرية في عودة التوحد الوشيك في الابتسامات أو المصافحات التي يتبادلها الزوجان المطلقان.

كيف ينجز الأطفال هذه المهمة؟

يتم استيعاب فكرة الدوام خلال سنوات طويلة، حيث يتحول الأمل في استعادة الزواج بالتدريج إلى حقيقة. ولن يتأتى ذلك الاعتراف بسهولة. ولكن كثيراً من الأطفال يبذلون جهوداً جبارة في انجاز هذه المهمة، مقدرين حالة الطلاق، ويراجعون تطلعاتهم باستمرار، متقبلين الدليل الجديد بعناية، ويعيدون صياغة أفكارهم بعناية بالغة.

فعلى سبيل المثال، قال أحد الأطفال يبلغ من العمر ١١ سنة، بعد خمسة سنوات من انفصام الزواج: " إنه تصور حديثا أن الزواج عبارة عن شئ يشبه لو أنك كسرت زجاجة والتقطت قطع الحطام في الحال فسوف تتلاءم مع بعضها تماما، ولكن اذا أخذت قطعة واحدة فلن يلتئم مرة ثانية". لقد تعلق الطفل بخياله التوفيقي خلال العامين التاليين للانفصال. وبعد عدة سنوات فقط قبل دوام الطلاق بكلماته هو "قطعتي الزجاج لن تلتئمان." ومن الواضح أن التفكير المطول قد ولد هذه الصياغة الجديدة عند الطفل.

الأطفال الذين يفشلون:

يظل مجموعة كبيرة من الأطفال عاجزة عن تقبل الطلاق كأمر نهائي. وبعد خمسة سنوات من انفصام الزواج يظلون ينتظرون استعادة الأسرة السليمة. وقد يقضي بعض الصغار ساعات كثيرة يومياً يتخيلون عودة زواج الوالدين. وقد يصبح عدد كبير من هؤلاء الأطفال مصابين باكتئاب مرضي.

وكثير من الأطفال الذين يفشلون في خلال السنوات الخمس في أن يؤمنوا بدوام طلاق والديهم غالباً ما كانوا يعيشون يعيشون في أسر مصابة بالاكتئاب العاطفي، بالمقارنة بصورة الأسرة السليمة كما عرفوها. ويكون بعض الصغار مرتبكين بسبب سلوك الوالدين الذين استمرا على اتصال ببعضهما البعض وأعطيا

الأطفال رسائل مشتركة بشأن نيتهما فى اعادة التوحيد.

أن العوامل النمائية تكون ملائمة لانجاز هذه المهمة. فقد يبذل الأطفال الصغار جهودا ضخمة لانجازها لسنوات طويلة حتى ينضجوا، وكثيراً ما يواجهون صعوبة بالغة فى طرح الخيال الذى يظل جذابا ومستمراً. وقد يتقبل كبار الأطفال دوام الطلاق بشكل أسهل، ولكن فى بعض الأحيان يشعرون أن ولاءهم لأحد الوالدين كان يرتبط بخيال استعاده الزواج . وقد عززت خيالات الكبار تلك خيالات الأطفال ومالت لتثبيتها فى مكانها . وقد تستمر أهمية الموازنة بين الاشباع والحرمان فى أسرة ما بعد الطلاق، بالمقارنة بالأسرة السليمة السابقة، بالنسبة لكثير من الشبان من مختلف المجموعات العمرية .

المهمة (٦) :

حسم قضايا العلاقة :

ثمة مهمة أساسية أمام أبناء المطلقين مشتركة بين الأطفال فى جميع الأعمار، وتسبب لهم قلقاً كبيراً مؤداها : " أن الحب الفهم المتبادل والثبات هى مكونات محتملة للعلاقات الإنسانية " . وربما كانت المهمة النمائية الرئيسية التى يفرضها الطلاق هى . "تحقيق أمل واقعى بشأن العلاقات المستقبلية والقدرة المستمرة على أن يحب المرء وأن يكون محبوباً" . وللوصول إلى هذا الإحساس بالتوحد النفسى، سوف يقضى أطفال الطلاق سنوات طويلة من مرحلة الطفولة والمراهقة فى محاولة فهم أسباب فشل زواج والديهم. وبمرور الوقت سوف يراجعون ويعيدون صياغة أحكامهم مرات عديدة بخصوص ما حدث والسبب فى حدوثه. ومن الملوم، وكيف يمكن العفو.

والأطفال الصغار، من أبناء المطلقين ، جاهدوا يجاهدون جهاداً مريراً لإنشاء استراتيجيات يمكن أن تحميهم من الفشل. وقد يفكروا فى الموت ، وفى القواعد التى يجب أن تحكم السلوك بين الرجال والنساء."لقد كذب والدىّ وخدع كلاهما الآخر ، ولكننى قررت ألا أفعل ذلك". لقد وضع هؤلاء الأطفال خططاً دقيقة لتلافى الزواج

الناتج عن الميول :"سوف أظل لفترة طويلة أبحث عن شريك الحياة ، ولن أتسرع" . وبحثوا عن تفسيرات: " كان عليهما سوياً أن يكونا أكثر روية" . وأصدروا احكاماً، متسرعة فى بعض الأحيان: "أمى أنانية، وكان لايجدر بوالدى أن يتزوجها".

وفى حالات الطلاق لا يكون أى من الصغار من أبناء المطلقين متفائلا، ولكنهم يكونوا قلقين على دخولهم مرحلة النضج فى المستقبل. وعندما يمرون بالألم والقلق الاضافى الذى تفرضه مرحلة المراهقة، يصبح كل شاب مدركاً فشل زواج الوالدين، ويشعرون بالخوف من تكرار حُدوث ذلك فى حياتهم. والصورة القوية التى ناضلوا بشدة وبوعى التخلص منها هى " هل سيحدث لى مثلما حدث لوالدىّ؟".

وربما كانت تلك المهمة التى تساعد أبناء المطلقين على استعادة احساسه الجريح بالذات ومحاولة تحقيق احساس بالتوحد والتكامل على المدى الطويل، هى أهم مهمة لكل من الأطفال والأسر والمجتمع ككل. وخلال سنوات النمو الطويلة سوف يخدم أبناء المطلقين مصالحهم الخاصة باسترداد رؤية من الحب والوفاء فى العلاقات الانسانية يمكن أن يتطلعوا اليها فى حياتهم المقبلة. وبدورها فإن تلك المهمة تتمثل فى نقل تلك القيم الى أطفالهم.

كيف يمكن تحقيق تلك المهمة :

رغم أن الأطفال يتصرفون لسنوات طويلة بناء على جوانب عديدة من علاقتهم فى نظرتهم للمستقبل، فإن التحديات التى تنطوى عليها تلك المهمة تطفو الى الوعى والشعور الكامل وتبلغ ذروتها فى مرحلة المراهقة ، ومن الملائم اعتبار تلك المهمة باعتبارها مهمة قاصرة على صغار المراهقين.

أن متطلبات هذه المهمة معقدة ومتنوعة طبقاً لظروف الأسرة الخاصة، وطبقاً لتصرف البالغين والأسباب الخفية التى أدت الى الطلاق . وحيثما كان الوالدان يتصرفان باحترام مع بعضهما البعض ومع الأطفال، فإن المهمة تكون صعبة بشكل متناهى.

وثمة قضية عملية تكمن فى تقدير النجاح أو الفشل فى هذه المهمة هى غياب

المعلومات المتعلقة بالتوافق التالى الذى سيحققه هؤلاء الصغار خلال مرحلة نضجهم. فهؤلاء الصغار الذين يدخلون مرحلة المراهقة المتأخرة وبداية مرحلة النضج بثقة أكبر وانجازات تتلائم مع عمرهم يكونون فى واقع الأمر هم الصغار الذين استطاعوا أن يضعوا طلاق الوالدين فى إطار مرجعى يلقى الضوء على قرار الوالدين. وسواء كان ذلك صحيحاً أو غير صحيح، فقد يتوصل هؤلاء الشبان الى تفسير يساعدهم على الحصول على نتيجة، بالاضافة الى مساعدتهم على تمييز أنفسهم عن والديهم .

والأطفال الذين ينجحون فى هذه المهمة يستطيعون الاعتماد على أشخاص خارج الأسرة الأصلية أو كموجهين للمساندة والتشجيع. وهؤلاء الشبان تكون لديهم القدرة على الوصول الى العالم المحيط بهم ، الى أزواج الأمهات أو زوجات الأب، إلى المدرسين، والأصدقاء، وأسر الأصدقاء، والأجداد، للمحافظة على نوع من البنية الأسرية بعد الطلاق. مثل هؤلاء الأطفال يستطيعون ، باحساسهم بالقوة والاستجابة بناء نظم لقيم بديلة . وأن يجدوا أناساً يحبونهم مقابل حبهم لهم . وقد يتطلب تحقيق ذلك جاذبية شخصية أكبر وشجاعة أكثر مما لدى نضرائهم فى الأسرة السليمة.

الأطفال الذين يفشلون :

غالباً ما ينجح الأطفال ذوى التوافق الكافى فى انجاز المهمة السالفة. فعلى سبيل المثال، عبرت الطفلة (ج) البالغة من العمر ١٤ سنة عن السخرية من كل العلاقات: "لقد رحل والدى لأن أمى كانت تضايقه . وأنا أفعل ذلك طول الوقت". واعترف آخرون ، عندما اقتربوا من سن البلوغ بأنهم لن يتزوجوا وكشفوا عن مدى اقتناعهم بأن زواجهم يمكن أن يفشل كما كشفوا عدم الثقة فى قدرتهم على الاختيار العاقل أكثر مما فعل والداهم. وقد تسرب العديد من هؤلاء الصغار من المدرسة. وأصيب البعض الآخر باكتئاب شديد فى مرحلة المراهقة عندما تغلبوا على حزن الطلاق فى هذا المجال العمرى واحسوا بحدة الشعور بأن علاقاتهم الهامة يمكن أن

تنتهى نهاية حزينة بسبب عجزهم عن احداث جوانب هامة من حياتهم. كذلك فان من بين الأطفال الذين فشلوا فى هذه المهمة هم أطفال عاجزون عن فهم الطلاق، ومن ثم فقد استمروا ينظرون الى قرار والديهم بالانفصال قرار خاطئ أو أنانى.

وفى إنجاز هذه المهمة، فإن أبناء المطلقين يماثلون نظراءهم فى الحرمان. فكما أن الطفل الذى يفقد أحد والديه بسبب الموت عليه أن يعرف أن كل البشر إلى زوال وأن كل العلاقات سوف تنتهى بالفعل ، كذلك ينبغى أن يعرف أبناء المطلقين أن يستفيدوا من فرصة علاقة الحب ، رغم القلق الواقعى حول احتمال فشلها .. ولتحقيق ذلك ، يحتاج أبناء المطلقين إلى اكتساب بعض الثقة فى قدرتهم وقيمتهم الذاتية، بالاضافة إلى قدرتهم على أن يحبوا وأن يكونوا محبوبين ، وعليهم أن يتقبلوا فكرة طلاق الوالدين، وأخيراً فإنهم مطالبون بالتخلى على الغضب السابق أو الشعور بالذنب الناتج عن انفصام زواج الوالدين وأن يتوصلوا إلى بعض الفهم، والعفو، والمودة تجاه والديهم . وعلى ذلك فإن هذه المهمة تقوم على الانجاز الناجح للمهام الخمسة التى سبقت هذه المهمة الاخيرة.

وقد ثبت أن المراهقة – كما هو متوقع – هى فترة حساسية شديدة فهناك من البنات الصغيرات ما يصبن بالاكتئاب أثناء المراهقة عندما يعاودهن الشعور باحساسات السنين الأولى لطلاق الوالدين، والعديد منهن، واللائياستطعن أن يتكيفن بشكل جيد كن شديدات القلق بشأن احتمال الاخفاق فى علاقتهن بالرجال . ويبدو أن الفرصة الثانية التى تقدمها المراهقة يمكن أن تؤدى ليس فقط الى التقدم ، ولكنها قد تؤدى إلى الانحدار كذلك . ورغم ذلك ، فإن قوة الالتئام المحتملة لسنوات المراهقة مهمة نظراً لأنها تظهر كفترة نقاهة طبيعية، بالاضافة الى كونها فترة تدعيم للمكاسب السابقة التى حققتها العملية النمائية . وقد تكون المراهقة مهمة بالنسبة للأطفال الذين تعرضوا لضغط شديد خلال سنواتهم الأولى.

إن التوافق مع الأثر متعدد الجوانب لطلاق الوالدين أثناء الطفولة يضم جميع المهام التى وصفناها وربما غيرها ، كذلك . وتتطلب كل مهمة نسيجاً معقداً من القدرات لدى الطفل، ولدى أسرة الطفل ، ولدى الوسط الاجتماعى . وفى بعض

المهام يصبح النجاح أو الفشل مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بمستوى النضج النمائى للطفل، كما هو الحال فى قدرة الطفل على استيعاب معنى الطلاق وفصل الحقيقة عن الخيال . وفى مهام أخرى تعتبر نوعية الحياة فى محيط أسرة الطفل ، عاملاً محدداً رئيسياً فى النتيجة : كقدرة الطفل على التخلص من الانشغال باستعادة الأسرة الأصلية . وفى النهاية ، فإن اسهام العوامل النمائية يختلف وتتنوع التصورات التى تظهر كمثير.

المراجـع

١- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٣) : المشكلات النفسية لأبناء المطلقين . المؤتمر السنوى السادس للطفل المصرى . القاهرة : مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس.

2- Bloom, B.L., White, S.W., & Asher, S.J.(1979) : Marital disruption as a stressful life event. In C. Levinger, & O.C. Moles (Eds.), Divorce and separdtion. New York : Basic Books, Inc

3- Brown, B.F. (1980) :A study of the school needs of children in one - parent families. The Phi Delta Kappan.

4- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. L. (1996) :The quality of American life : Perceptions, evaluations and satisfactions. New York : Russel Sage Foundation.

5- Foster, H.H. & Freed, D.J.(1980) : Joint custody: Legislative reform. Trial.

6- Hetherington, E.M., & Cox, R.(1996) : Divorced fathers. Family Coordinator.

7- Hetherington, E.M., Cox, M., & Cox, R.(1978): The aftermath of divorce. In J.H. Stevens. Jr., & M. Mathews (Eds.) , Mother-child relations. Washington, D.C. : National Association for the Education of Young Child ren

8- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R.(1979:Play and social interaction in children following divorce. Journal of Social Issues.

9-Holmes, T.H., & Rahe, R.H. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 1967.

10- Hunter, J. E., & Schuman, N.(1980) : Chronic reconstitution as a falily style. Social Work.

11- Kalter, N.(1977) : Children of divorce in an outpatient psychiatric population. American Journal of Orthopsychiatry.

12- Kelly, J., & Wallerstein, J. (1980): The effects of parental divorce : Experiences of the child in early latency. American Journal of Orthopsychiatry.

13- Kulla, R.A., & Weingarten. H.(1999) : The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment. Journal of Social Issues.

14- Parkes,E.M. Bereavement :(1992): Studies of grief in adult life. New York : International Universities Press.

15- Rutter, M.(1991) : Parent-child separation : Psychological effects on the children.Journal Child Psychology and Psychiatry.

16- Tessman, L. H. (1998) :Children of parting parents.NewYork : Jason Aronson.

17- Wallerstein. J. (1977) : Some observations regarding the effects of divorce on the psychological development of the pre-school girl. In J. Oremland, & F. Oremland (Eds.), Sexual and gender development of young children. Cambridge, Mass : Ballinger Press.

18- Wallerstein, J., & Kelly, J. (1994) : The effects of parental divorce : The adolescent experience InE.J. Anthony, & C. Koupernick (Eds.) , The child in his family (Vol. 3) New York : Jolm Wiley and Sons.

19- Wallerstein,J., & Kelly, J. (1995) :The effects of parental divorce : The experiences of the preschool child. Joumal American Academy of Child Psychiatry.

20- Wallerstein, J., & Kelly, J. (1996) : The effects of parental divorce : Experiences of the child in later latency. AmericanJournal of Orthopsychiatry.

21- Wallerstein, J., & Kelly,.J. (1997) :Children and Divorce. A review. Social Work.

22-Wallerstein. J., & Kelly, J.(1980a) : Surviving the breakup: How children and parents cope with livorce.New York : Basic Books.

23- Wallerstein, J., & Kelly, J.(1980b) : Effects of divorce on the father- child relationship. American Joumal of Psychiatry.

24- Wallerstein, J.S.(1993) : Children of divorce : Stress and developmental tasks. (In) Garmezy, N. & Rutter, M. (Eds.) : Stress . Coping and development in children. New York : Mc Graw Hill Book Co.

الفصل الخامس
الأسرة وتعاطى المخدرات

- مقدمة .
- حجم مشكلة تعاطى المخدرات .
- التعريف بالمخدرات .
- تعاطى المخدرات والادمان.
- الأسرة وتعاطى المخدرات .
- البيئة وتعاطى المخدرات.
- الشخصية وتعاطى المخدرات.
- ادمان المخدرات والانحرافات السلوكية.
- الأسرة والاكتشاف المبكر للادمان.
- الأسرة والوقاية من الادمان .
- الأسرة والتدخل العلاجى للادمان

مقدمة

لقد خلق الله تعالى الإنسان وكرمه بالعقل وأحل له الطيبات وحرم عليه الخبائث حماية ووقاية لبدنه وعقله ونفسه، ولكن المؤسف أن تنقلب الأوضاع وينحرف العقل عن مساره ، ويأتى الإنسان فى حالة من حالات ضعفه أو مع قرناء السوء من حوله فيتعمد أن يغيّب عقله أو تخدر حواسه أو يعطل ادراكه بأى نوع من أنواع المسكرات .

وتعد ظاهرة انتشار المخدرات بأنواعها المختلفة من الظاهرات الخطيرة التى تجتاح العالم فى هذا العصر الذى أطلق عليه بعض الباحثين " عصر الإدمان على العقاقير"... ولقد نالت هذه الظاهرة اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيئات العالمية والإقليمية والمحلية لمحاولة الوصـول إلى حلول للسيطرة عليها والحد من تعاطيها . لـذا : تحتـل هذه المشكلة مكان الصدارة بين المشكـلات الاجتماعية والنفسية والطبية فى معظم بلاد العالم، ومع ذلك : فمازلنا فى حاجة ماسة لتكاتف جميع المختصين للعمل من أجل مواجهة تلك الظاهرة الخطيرة التى تهدد شبابنا ومجتمعنا، ويجب أن يتعاون فى ذلك كل من الطبيب والأخصائى النفسى والاجتماعى والأسرة والمدرسة والجامعة ورجال الدين ووسائل الإعلام ، والتنسيق بين جهودهم فى هذا المجال، كما أننا فى هذا العصر أحوج ما نكون إلى التمسك بتعاليم الدين الحنيف فى مواجهة هذا الشبح المخيف وما يسببه من آثار تدميرية بالشباب وفتك بكيان المجتمع.

حجم مشكلة تعاطى المخدرات

أصبحت ظاهرة تعاطى المخدرات والإدمان عليها هى الشغل الشاغل لجميع أجهزة الدولة نظراً لأنها بمثابة وحش كاسر صار يهدد أمن البلاد ويعرضها لخسارة قطاع غير قليل من شبابها الذى تنتهى رحلته مع التعاطى إلى الإدمان ثم إلى الإضطراب العقلى أو الوفاة .. فلقد أوضحت البحوث المختلفة الظاهرة تعاطى

المخدرات أن هناك ما يقرب من ٤/٣ مليون مواطن يتعاطون المدخرات أى حوالى ٧ر١٪ من السكان (وزارة الدخلية : ١٩٨٣، ١٥) وأن التعاطى غالباً ما يبدأ من سن ١٥-١٧ سنة، وأن هناك ازدياداً فى نسبة التعاطى بين صفوف الشباب من العمال والطلبة. ولقد قام سويف (١٩٨٧) بدراسة وبائية على عينة من ٥٥٣٠ تلميذاً بالمدارس الثانوية بالقاهرة، أظهرت نتائجها أن ٣٣ر٤٣٪ من أفراد العينة جربوا البيرة، ٩٨ر١٣٪ جربوا الويسكى، ٧٦ر٦٪ تعاطوا مشروبات كحولية، ٦٢ر١٣٪ جربوا النبيذ - وكانت نسبة من جربوا الكحوليات قبل سن ١٢ سنة حوالى ٤٥ر١٧٪، والذين حاولوا بعد سن ١٢ وقبل سن ١٦ سنة كانوا ٦٢ر٤٧٪، والذين يبدأون الشرب بين ١٦-١٨ عاماً حوالى ٨٤ر٢٦٪ ، والذين استمروا فى شرب الكحوليات ٨٠ر٢٨٪ .. وأظهرت النتائج أن تلاميذ الصف الثالث الثانوى الأدبى يتفوقون عن نظرائهم فى الشعب العلمية ، وأن العمر المنوالى لشرب الكحوليات هو سن ١٥ عاماً.

وأوضح تقرير للجنة مكافحة المخدرات بالمجالس القومية المتخصصة : أن التعاطى لم يعد سراً بل أصبح ضرباً من المباهاة، وأن أكثر الأحياء إتجاراً فى المخدرات واستهلاكاً لها هى الأحياء الشعبية، وأن النسبة الكبيرة من المتعاطين إما أميون أو ينتمون إلى مستويات منخفضة التعليم (شعبة العدالة والتشريع :١٩٨٦، ٦٤). وفى دراسة أجراها زين العابدين درويش (١٩٨٩) توصل إلى أن ٢٥ر٢٨٪ من الطلاب المتعاطين يكونون لآباء جامعيين، ٤٣ر١٠٪ منهم يكونون لآباء متوسطى التعليم، ٨١ر٢٦٪ لآباء يقرأون ويكتبون، ٣٥ر٨٪ لآباء أميين، وأن أعلى النسب للطلاب المقبلين على التعاطى كان لآباء ذوى مستوى مهنى متوسط، وتتقارب هذه النسب المئوية بين الأبناء والآباء ذوى المهن العليا والآباء ذوى المهن الدنيا .. كما توصلت الدراسة إلى أن ٩٤ر٥٥٪ من طلاب الثانوى انتظموا فى تعاطى الكحوليات بأنواعها ، بينما ٧٢ر١٣٪ قد انتظموا فى تعاطى هذه المحوليات.

ويجب أن نعترف أن مئات من المتعاطين والمدمنين يعيشون بيننا دون أن نعرف عنهم شيئاً وهم يبددون أموالهم وقدراتهم البدنية والعقلية على المخدرات التى تقف

خلفها مافيا عالمية لها تجارها ومهربوها ومروجوها - وتؤكد التقارير أن ما يضبط من مخدرات فى أى دولة لا يتعدى ١٠٪ من إجمالى ما يدخلها، وهذا ما يزيد من خطورتها على الشباب (شعبة المخدرات بالأمم المتحدة : ١٩٨١، ٨).

ولأن المخدرات مثلها مثل أى سلعة تعتمد على العرض والطلب فإن الحل يجب أن يبدأ من نهاية الدائرة : أى من المتعاطى نفسه ، والتعرف على سياق تنشئته الأسرية وخصائص شخصيته وتكوينه النفسى، ذلك أن المتعاطى ما هو إلا ضحية ظروف تربوية سيئة وحصيلة تنشئة اجتماعية خاطئة وغير سوية، وأن تشخيص ذلك وتقديم صورة موضوعية عن العوامل النفسية المرتبطة بتعاطى المخدرات يفيد فى تحديد مسارات وطرائق العلاج النفسى لهذه الفئة من الأفراد حماية لهم وللمجتمع ككل، فالعلاج النفسى إنما ينبع من واقع الظاهرة التى يتصدى لها.

التعريف بالمخدرات

كلمة مخدرات من الناحية اللغوية اسم جمع - مفرده مخدر، وتدور مادة خدر فى اللغة العربية حول معانى الضعف والكسل والفتور (ابن منظور : د . ت : ١٠١٩) ، وكلمة مخدرات Narcotics مشتقة من الكلمة الإغريقية Narkosis بمعنى ينحدر أو يجعله مخدراً (أحمد عكاشة : ١٩٨٤، ٢٩٥).

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٧٣) العقاقير المخدرة بأنها أى مادة يتعاطاها الكائن الحى بحيث تعدل وظيفة أو أكثرمن وظائفه الحيوية (WHO : 1973, 23) . وأشار المغربى (١٩٦٣) إلى أن المادة المخدرة هى كل مادة خام أو مستحضرة تحتوى على مواد منبهة أو مسكنة ، من شأنها - إذا استخدمت فى غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة - أن تؤدى إلى حالة من التعود والإدمان عليها بما يضر بالفرد والمجتمع (سعد المغربى : ١٩٦٣، ٣٨) .. ويعرف فاروق عبد السلام (١٩٧٧) المخدرات بأنها أى مادة طبيعية أو مصنعة

تفعل فى جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير احساساته وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمالها نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذ على البيئة والمجموعة (فاروق عبد السلام : ١٩٧٧، ١٣) .. وتعرف المخدرات علمياً " بأنها مواد كيميائية تسبب النوم والنعاس أو غياب الوعى المصحوب بتسكين الألم" . أما التعريف القانونى للمخدرات فيشير إلى أنها مجموعة من المواد التى تسبب الإدمان ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة مَنْ يرخص له بذلك (أحمد عكاشة : ١٩٨٤، ٢٩٥) وعرف البعض المخدرات بأنها : كل مادة يترتب على تناولها انهاك للجسم وتأثير على العقل حتى تكاد تذهب به ، وتكون عادة الإدمان التى تحرمها القوانين الوضعية (عزت حسنين : ١٩٨٤، ١٨٧).

وعلى الرغم من انتشار المخدرات إلا أنه لا يوجد تصنيف حاسم متفق عليه لأنواعها ... **ومن بين التصنيفات المستخدمة ذلك التصنيف الثنائى للمواد المخدرة إلى:**

أ- **المخدرات السوداء** : وهى المواد المخدرة التى تتميز بأن لونها داكن أو يميل إلى السواد : كالحشيش (نبات القنب) ، والأفيون (نبات الخشخاش).

ب - **المخدرات البيضاء** : وهى المواد التى تتميز بأن لونها أبيض مثل : المساحيق والسوائل المختلفة التى يتم تعاطيها حقناً أو شرباً أو شماً (كالهيروين ، والكوكايين، والكودايين)، والأقراص (المنومة أو المنبهة أو المهدئة...إلخ)، وغيرها: كالغازات الطيارة التى لا لون لها (سعودالتركى : ١٩٨٩، ٤٣٩).

ومن الباحثين من صنف المواد المخدرة على أساس مصدرها على النحو التالى:

أ- **المخدرات الطبيعية** : وهى تلك النباتات التى تحتوى أوراقها وزهورها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التى ينتج عنها فقدان كلى أو جزئى للإدراك بصفة مؤقتة ومنها : القنب الهندى (الحشيش)، والخشخاش (الأفيون)، والقات، والكوكا (عبد الرحمن موسى : ١٩٨٣ : ١١).

ب - **المخدرات الصناعية** : وهى أشباه القلويات المستخلصة من المواد المخدرة الطبيعية الخام بوسائل صناعية - وتشمل : المخدرات المشتقة من الأفيون (كالمورفين، الهيروين ، والكودايين)، والمخدرات المستخلصة من أوراق الكوكا (الكوكايين) (أحمد السيد على ، كمال أحمد : د . ت ، ٧).

جـ - **المخدرات الاصطناعية (التخليقية)** : وهى التى تركب من مواد كيماوية أولية كالكربون أو الأكسجين أو الهيدروجين أو النتيروجين والبنزين وطلاء المساكن - وتحدث عند إساءة استعمالها نفس الآثار التى تحدثها الخدرات الطبيعية وأهمها حالة الإدمان، وتصنف إلى : المنومات (الباربيتورات) ، والمنبهات (الامفيتامينات)، والمهدئات، وعقاقير الهلوسة، والغازات الطيارة (الباتكس، اسيتون ... إلخ) (أحمد السيد على ، كمال أحمد : د . ت ، ٢٧).

تعاطى المخدرات والإدمان

استخدم مفهوم **تعاطى المخدرات** عند استعمال أى عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة فى مجتمع ما للحصول على تأثير نفسى أو عضوى معين ولا يتضمن أية اشارة إلى الإدمان . وعلى ذلك : فقد يكون المتعاطى مدمناً وقد لا يكون كذلك ، كما أن بعض أنواع المخدرات يؤدى بالمتعاطى إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدى به إلى الإدمان (المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية : ١٩٦٤، ١٢٦) .. ويعرف تعاطى المخدرات بأنه رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرفوا - إرادياً أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة ، رغبة تتحول بسرعة إلى عادة مستبدة كثيراً ما تدفع بصاحبها إلى زيادة متدرجة فى الكمية المتعاطاة وتسبب فى النهاية حالة من الإدمان تضر بالفرد جسمياً ونفسياً واجتماعياً (التوهامى المكى : ١٩٨١، ٣٢).

أما الإدمان : فقد عرفه البعض بأنه حالة من التسمم الدورى أو المزمن الذى

يؤثر على الفرد والمجتمع من جراء التعاطى المستمر لعقار طبيعى أو مُصنّع (سعد المغربى : ١٩٨٦، ١٥) . وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (١٩٧٣) الإدمان بأنه : "حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحى مع العقار ، ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشتمل دائماً على الرغبة الملحة فى تعاطى العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التى تنتج عن عدم توفره ، وقد يدمن المتعاطى على أكثر من مادة" .. وقد أضيف للتعريف السابق **الخصائص التالية للإدمان** :

١- القوة القهرية والرغبة الملحة للاستمرار فى تعاطى العقار والحصول عليه بأية وسيلة.

٢- الاتجاه المستمر نحو زيادة الجرعة بشكل متزايد لتعود الجسم على العقار وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة.

٣- الاعتماد النفسى والعضوى على العقار.

٤- ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة.

٥- الآثار الضارة على الفرد المدمن والمجتمع (WHO, 1973, 79).

هذا ويجدر بنا تعريف بعض المصطلحات التى وردت فى مفهوم الإدمان - ومنها:

* **الاعتياد (التعود) Drug habituation** : وهو الحالة التى يتكون فيها الشوق لتعاطى العقار بسبب ما يحدثه من شعور بالراحة ، وهذا التشوق ليس وراءه قوة مكرهة .. ومن هنا يتضح الفرق بين التعود والإدمان - **ومن خصائص التعود** :

١- وجود رغبة (ولكنها غير ملحة) - للاستمرار فى تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة.

٢- عدم الميل إلى زيادة الجرعة .

٣- تكون قدر معين من الاعتماد النفسى وعدم حدوث الاعتماد العضى.

٤- تنعكس أضرار المخدر على المتعاطى بشكل أساسى (WHO, 1973).

* **الاعتماد النفسى Psychological dependance** : وهو الحاجة العاطفية الماسة لتعاطى عقار معين من اعتقادا لمتعاطى بأن حالته أفضل عندما يكون تحت تأثير العقار (محمد شرف : ١٩٨٠، ٢٣).

* **الاعتماد العضوى Organic dependance** : وهو أن تصبح المادة المخدرة ضرورية لاستمرار الجسم فى حالة طيبة أو حتى عادية، وأن الابتعاد عن هذه المادة معناه ظهور أعراض جسدية قاسية (عادل صادق : ١٩٨٦، ٥٢) .. أو بمعنى آخر : هو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة المخدرة بحيث تظهر على المتعاطى اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة ، وهذه الاضطرابات أو حالة الامتناع تظهر فى صورة أنماط من الأعراض الجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير (عادل الدمرداش : ١٩٨٢، ٢٤).

* **آثار التعاطى على الفرد** : يؤثر تعاطى المخدرات تأثيراً ضاراً على الناحية العقلية والنفسية والبدنية للإنسان سواء فى المراحل الأولى من التعاطى أو فى حالة الإدمان. فعندما يبدأ الشخص فى تعاطى المخدرات يختلط عنده التفكير ولا يحسن التمييز ويكون سريع الانفعال، ثم تتبلد عواطفه وحواسه بعد ذلك.. وبتكرار التعاطى يصبح الشخص كسولاً قليل النشاط ، يضيع وقته فى أحلام اليقظة ، ولا يمكنه أن يخفى هذه الظواهر عن المجتمع فيلجأ إلى الغش والخداع والتزوير وخرق القوانين، ويظهر على كثير من المتعاطين الهلاوس السمعية والبصرية والحسية كأن يحس إحساساً خاطئاً بآلام فى جسمه وخور فى أطرافه، أو كأن حشرات تمشى على جلده وقد تظهر أعراض المرض العقلى فى صورة شك عنيف فى سلوك أفراد أسرته وفى كل مَنْ يتعامل معهم ، وتكثر لديه الأفكار الخاطئة ضد الغير، وفى هذه الصورة النهائية تتدهور شخصية المتعاطى تماماً وينكص إلى عادات بدائية (عادل صادق : ١٩٨٦، ٢٢-٢٣).. بالإضافة لذلك فإن المتعاطى يبدأ فى فقدان الشهية للطعام والهزال والتهاب الكبد والغشاء المبطن للقلب وارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والتنفس والغثيان والقئ

والإسهال وارتفاع السكر فى الدم، وتصبب إفرازات الأنف والعينين وقد يحدث تسمم الدم والوفاة أو الانتحار (أحمد عكاشة : ١٩٨٤، ٢٩٩).

الأسرة وتعاطى المخدرات

توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن المناخ الأسرى غير السوى يعد من العوامل المسهمة فى تعاطى المخدرات .. فعدم الاستقرار فى جو الأسرة ، وانعدام الوفاق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلى درجة الهجر والطلاق أحياناً، وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسرى، وضعف الوازع الدينى والخلقى داخل الأسرة، واكتساب الفرد قيماً ومفاهيم خاطئة خلال تنشئته الأسرية كتلك التى تتصل بالتدخين وتعاطى المخدرات وتناول الخمور ، كما أن سوء المعاملة الوالدية وعدم فهم الوالدين لمطالب نمو الأبن والحد من حريته ومصادرتها فى أكثر الأمور اتصالاً به ، مع شعور غالب لدى الفرد بعدم اهتمام والديه به والصراع القيمى بين الآباء والأبناء - فإن ذلك قد يؤدى إلى انصراف الشاب إلى الاتصال برفاق سوء يقترفون سلوك التعاطى وإقامة علاقات معهم ويستوعب أنماط سلوكهم ومشاعرهم وقيمهم ويبدأ رحلة التعاطى.

وفيما يلى أهم العوامل الأسرية المسهمة فى تعاطى المخدرات :

١- التفكك الأسرى :

يقال أن الحياة العائلية غير المستقرة يمكن أن تزيد من احتمال أن يصبح الفرد مدمناً للمخدرات . فعندما يتم كبح العلاقات المتبادلة مع الوالدين أو تحجيمها بسبب الانفصال أو الطلاق ، فإن احتمال تورط أطفال هذه الأسرة فى إدمان المخدرات يتعزز .. وقد بينت دراسات عديدة أن المراهقين الذين تحطمت عائلاتهم إما بسبب الوفاة أو الطلاق يذكرون مستوى أعلى لسوء استعمال المخدرات من المراهقين الذين يعيشون مع الأم والأب .

ومن الدراسات التى تناولت الوسط الأسرى الذى نشأ فيه متعاطى المخدرات نذكر تلك الدراسة التى أجراها ماكورد Mackord عن هوية الأسر التى تنتج أبناء مدمنين على الكحول : توصل فيها إلى أن المدمنين إما أنهم ينحدرون من أسر تميل الأم فيها إلى الازدواجية الصريحة ، والانحراف، وضعف الوازع الدينى، مع وجود أب معاد للأم يتهرب من المسئولية ويحقر من شأن زوجته ولا يتوقع من الطفل النجاح أو البروز ، أو كان المدمنون من أسر تتهرب الأم فيها من المسئولية ووازعها الدينى ضعيف، بالإضافة إلى التخاصم الدائم بين الأب والابن ، أو كانوا من أسر تجتمع فيها صراعات شخص خارجى مع الوالدين بازدواجية وانحراف (عادل الدمرداش: ١٩٨٢، ٦٠) .. وفى دراسة راثود Rathod (١٩٧٠) عن الوسط الأسرى الذى أتى منه المدمن : تبين له أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة كأن يكون الطفل الوحيد من نفس الجنس ، كما أنهم أتوا من أسر ليس بها آباء ، أو بها آباء غير متوافقين (سكيرين ، مطلقين ، منفصلين، مرضى عقليين) .

وقد أوضح رولنز وهولدن Rollins & Holden (١٩٧٢) أيضاً أن المراهقين الذين يعيشون فى بيوت محطمة لديهم زيادة كلية فى استعمال المخدرات أكثر من المراهقين الذين يعيشون فى أسر سليمة . وبالنسبة لجميع أنواع المخدرات، فإن المراهقين الذين يعيشون مع الأم فقط يستعملون المخدرات أكثر من نظرائهم الذين يعيشون مع الأم والأب.

وفى نفس الوقت يستخلص سلدن Seldin (١٩٧٢) أنه عند ابتعاد شخصية الأب، فإن الأم تميل إلى السيطرة على الحياة العائلية . وعلى أى حال ، فإن الأم تكون غير مستقرة من الناحية العاطفية ومتضاربة بسبب تشبثها بدورها فى الأسرة . وهذا الموقف يؤدى بدوره إلى اتجاه سلبى أو طفولى فى أطفالها، مما يؤدى إلى زيادة المدمنين.

ولقد أجرى بويو Buyo (١٩٨٠) دراسة لبيان أثر الحياة العائلية فى استخدام العقاقير لدى الشباب فى بورتوريكا أوضحت نتائجها أن الذكور

المتعاطين ينحدرون من أسر مفككة يستعمل أحد أفرادها العقاقير المخدرة أو يعيشون فى مناطق تتوفر فيها العقاقير، ووجد فى قطاع كبير منهم تغيب الأب عن المنزل لفترات طويلة مع وجود أم ضعيفة غير قادرة على قيادة الحياة العائلية .

أما إيرل Earl (١٩٨٣) فى دراسته عن العلاقة بين ت]اطى المخدرات وبعض المشكلات السلوكية لدى الأبناء والتى قارن فيها بين الأسر المفككة وغير المفهكة : توصل إلى أن تعاطى المخدرات بين أبناء الأقر المفككة أكثر منه بين أبناء الأسر المترابطة ›. وتبدو أهمية هذه النتائج فى توضيح أثر انعدام‹التكامل والتفاعل فى الأسرة على ظهور بعض المشكقات الاجتماعية للأبناء.. وأن الحرمان من مشاعر!هلأمن والحب والطمأنينة يدفع الأبناء للسلوك غير السوى كمظهر من المظاهر غير السوية.

وأوضح جلوبتى وبريجنانس Globetti & Brignance (١٩٩١) أن إدمان المخدرات كان أقل بين الشباب ذوى الإحساس القوى بتماسك الأسرة عنه لدى الشبان ذوى الإحساس الضعيف بهوية الأسرة. وقرر فورسلوند Forslund (١٩٩٨) أن مستعملى المخدرات تكون علاقاتهم ضعيفة بوالديهم عما هو عليه الحال بالنسبة لغير المدمنين.

وعلى أى حال ، فمن المتوقع أن يكون لدى الأطفال الذين يعيشون فى عائلات ممزقة وحياتهم مليئة بالضغوط ميل أعلى لاستعمال المخدرات.

وقد ذكر سكيرر وموكهيرجى Scherer & Mukherjee (١٩٧١) أنه بينما يُنظر إلى إدمان المخدرات بين الشبان كأداة للاحتجاج أو لرفض معايير الوالدين أو المجتمع ، فإن النتائج توصى بأن البيئة الوالدية تلعب دوراً هاماً فى سلوك تناول الطفل المخدرات فى سنواته المقبلة . وأضافا أيضاً أن العوامل التى تسهم فى إدمان المخدرات تكمن ليس فقط فى ميل نفسى بعينه ولكنها تكمن أيضاً فى البيئة الوالدية التى نشأ فيها المدمن .

٢- غياب أحد الوالدين :

يعد غياب أحد الوالدين أو كلاهما سواء بالوفاة أو بالانفصال أو حتى السفر عاملاً مسهماً فى زيادة استعمال المخدرات .. ففى دراسة أجراها ستيرون وآخرون Stern et al. (١٩٨٤) عن غياب الأب والمشكلات السلوكية للأبناء التى أجريت على ٣٩٠ من الذكور ٤٢٣ من الإناث تمتد أعمارهم بين ١٢-١٨ سنة يدمنون الكحول ويستعملون العقاقير الأخرى : أشارت نتائجها إلى أن المفحوصين كانوا فى الغالب يميلون إلى مناقشة مشكلاتهم مع الأقران وأقل ميلاً لمناقشتها مع الآباء وخاصة مع الأب ، ووجد أن غياب الأب عن البيت غالباً ما ينتج عنه سوء استعمال العقاقير بدرجة أكبر ومشكلات أكثر مع الكحول والماريجوانا وبصفة خاصة بالنسبة للذكور .. وهذه النتائج تؤكد دلالة الأب باعتباره مفتاح الشكل فى انقلاب القيم وباعتباره مانعاً لسلوكيات معينة، وانتهت الدراسة إلى أن المراهقين فى الأسر التى يغيب فيها الأب يكونون عرضة للانزلاق فى المشكلات التى من هذا النوع.

وقد بين فريدمان وآخرين Friedman et al. (١٩٨٠) أنه تظل هناك علاقة هامة بين إدمان المخدرات وانفصال الوالدين . فثمة علاقة هامة وجدت بين سوء استعمال المخدرات وطلاق الوالدين. ورغم أن هذه الدراسة بينت أنه لا توجد علاقة دالة بين إدمان المخدرات وموت الأم أو الأب ، فإن وجود أو غياب الأم يبدو عاملاً محدداً فى زيادة استعمال المخدرات..

وقام عبد السلام الشيخ (١٩٨٨) بدراسة عن الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير، وباستخدام عينة من ٥٠ متعاطياً معتمداً وعينة من غير المتعاطين، توصل إلى وجود فروق بين الظروف الأسرية للمتعاطى وغير المتعاطى – حيث أن : عدم تعليم الأم ، وموت أحد الوالدين ، أو غياب الأب – تكون مسئولة عن اعتماد أبنائهم على المخدرات، كما وجد أن أهم مصادر المعلومات عن المخدرات قد تعرف المتعاطون عليها من خلال : الأفراح وارتياد المقاهى والملاهى، والمناسبات الخاصة ، والأصدقاء، والإعلام.. وأن التعاطى يبدأ من عمر ١٦-١٩ سنة للحشيش ، ١٩-٢٠ سنة للحبوب، ١٧-٢٣ سنة للأفيون.

٣- ضعف الرقابة الوالدية :

ففى دراسة أجراها ولسون Wilson (١٩٨٠) عن ضعف التوجيه والإشراف الوالدى وانحراف الأحداث - أظهرت نتائجها أن العوامل التى تسبب تعاطى المخدرات : غياب دور الوالدين فى الإشراف والعناية بسلوك أبنائهم ، حيث أن تعاطى المخدرات يرتبط بشكل وثيق بانعدام الرقابة الوالدية وعدم سؤال الوالدين لأبنائهم أين يذهبون ومتى يعودن، بل هما لا يعلمان أين يكون ابنهما فى أغلب الأمسيات والليالى .

وفى دراسة قام بها ألكس Alkes (١٩٨٠) عن دورة الإدمان افترض أن المدمن يتعلم التعاطى بسلسلة من الموجهات الاجتماعية من حوله ، وبالطريقة نفسها فإن التحرر منه يتطلب مساعدة تعين على تحمل الإقلاع . وقد تم إجراء مقابلات مكثفة على ٥٩ حالة سجلت على أشرطة ، وتوصلت الدراسة إلى أن الإدمان ينتشر فى الأسر الكبيرة أكثر منه فى الأسر الصغيرة ، كما أن ترتيب الشاب بين إخوته يعد شيئاً هاماً خاصة فى الأسر التى تفتقد أحد الأبوين ، كما وجدت الدراسة اختلافاً واضحاً فى أساليب الضبط والإشراف بين عائلات المدمنين وعائلات غير المتعاطين، وثبت أن العلاقات الوثيقة بين الآباء والأبناء هى أفضل وسيلة لتوفير ضوابط تأديبية وإشرافية تقوم على التوجيه غير المباشر، وأن وجود أحد الأبوين - على الأقل - فى البيت يكون له شخصية قوية : يعد من العوامل المرتبطة بالابتعاد عن التعاطى، كما وجد أن التطابق بين الأبناء والآباء يرتبط بتجنب تعاطى المخدرات: فالأبناء غير المتعاطين غالباً مما يتبعون طريقة آبائهم فى التنشئة ، وهذا يؤيد افتراض أن نوعية الحياة الأسرية لها علاقة وثيقة بتعاطى وإدمان المخدرات أو تجنبها.

وأجرى التوهامى المكى (١٩٨١) درسة عن ظاهرة تعاطى المخدرات فى المغرب، توصل فيها إلى أن هذه الظاهرة تنتشر بين الشباب فى مقتبل العمر بالمدن المكتظة سكانياً والذين يقطنون المناطق الشعبية، وأن جميع أفراد العينة كانوا يعانون من ظروف الحياة القاسية وتقل رقابة الأسرة على الأبناء ويتدخل الأقارب فى طريقة الآباء فى التربية، وينخفض الوازع الدينى والأخلاقى فى الوسط الذى

يعيشون فيه.. وتؤكد هذه النتائج ما توصل إليه جمال الدين بلال (١٩٨٢) من أن أهم العوامل الأسرية التى تساعد على تعاطى المخدرات : انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادى أو لتحقيق نجاح شخصى يحرم الأطفال من التوجيه السليم، وكثرة المشكلات العائلية مما يجعل الجو الأسرى مملوءاً بالاضطراب ، إلى جانب ضعف الوازع الخلقى عند الوالدين.

ولقد بين فورس وروجيك Fors & Rojek (١٩٨٣) أن المراهقين الذين يعوزهم الإشراف من جانب والديهم أو البيئات العائلية التى لا يوجد فيها اتصال يمكن أن تكون مؤيدة لسوء استعمال المخدرات . والوالدان اللذان يفشلان فى الابقاء على روابط عاطفية مع الأطفال يمكن أن يسهلا فرصة إدمان المخدرات .

وفى نفس الاطار المتعلق بالظروف الأسرية التى ينشأ متعاطى المخدرات فيها أجرى ناصر ثابت (١٩٨٤) دراسة عن ظاهرة استنشاق الغازات فى دولة الإمارات العربية المتحدة، وعلى عينة مكونة من ٤٢٥ فرد توصل إلى أن غالبية من يمارسون الاستنشاق كانوا من صغار السن ، وأن من أسباب ذلك : زيادة وقت الفراغ لديهم، وكثرة المشكلات الأسرية التى يعانون منها ومعاناة الغربة وبُعد الأهل عنهم، ومحاولة الهروب من الواقع، إلى جانب الملل من المدرسة وصعوبة العمل وظروفه، وأنهم بدأوا الممارسة مع الأصدقاء والأقران نظراً لانعدام الرقابة الوالدية .

٤- سوء المعاملة الوالدية للأبناء :

ولقد تناولت مجموعة أخرى من الدراسات : أساليب المعاملة الوالدية التى يخبرها متعاطى المخدرات فلقد أجريت دراسة بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر (١٩٦٤) على ٤٠٨ من متعاطى الحشيش جاء ضمن نتائجها أن المتعاطين أكثر معاناة لإهمال آبائهم لهم ، وأنهم أكثر تعرضاً لأثر الصراع بين الوالدين إذا قورنوا بالأشخاص العاديين ..

وأجرى سعد المغربى (١٩٦٦) دراسة عن سيكولوجية متعاطى الأفيون

استخدم فيها منهج دراسة الحالة وتفسير الأحلام واختبار الاستجابة للإحباط والرورشاخ، وتوصل ضمن نتائجه إلى أن طفولة المدمن طفولة قاسية تقوم على العقاب البدنى والقسوة والإهمال والخوف والاحباط وخيبة الأمل، ومن هنا ينشأ الصراع بين العدوان والخوف من الأب وينتهى الأمر بتعاطى المخدرات والإدمان عليها..

وفى دراسة أجراها ديفورست وروبرت وهايز Deforest, Robert & Hays (١٩٧٤) عن العلاقات الأسرية وسوء استعمال العقاقير - على ٦٢ حالة من الإناث باستخدام منهج المسح الاستكشافى ، توصلت إلى أن أمهات المدمنات لم يكن معوقات أو مريضات باثولوجيات ، بل أظهرن ثقة فى أدوارهن كأمهات، غير أنهن أظهرن الرغبة فى النمو السريع لمواقفهن الأسرية التى كانت قليلة ، وكن فى تقلب داخلى دائم للأدوار والقوة ، أما الأب فقد كان الأقوى مكانة كما بدا أن المتعاطيات تتخذن أدوارهن مع والديهن بمشاعر خصوصية ويشعرن بالقسوة والرفض وعدم الثبات أو التقلب فى معاملة الوالدين، وكان جميع أعضاء أسر المدمنات يظهرون مؤشرات تدل على مقاومة العلاج لتعديل المواقف الأسرية .

وأجرى لوريس Louris (١٩٧٧) دراسة عن ظاهرة إدمان المراهقين على ٢٥٨ مراهقاً مدمناً من مجتمعات شبه حضرية، أوضحت أن العوامل المرتبطة بالنمو منذ الطفولة وكيفية المواجهة الأسرية لها من العوامل التى تكمن فى انتشارها، فالمراهقون المدمنون والمتعاطون لديهم مشكلات نمائية فى مجالات الضبط الأسرى والاحساس بالانفصال، وأن الوالدين قد مارسا أدواراً سلبية فى مواجهة أزمات النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم .

وامتداداً لهذه السلسلة من الدراسات المتعلقة بأساليب المعاملة الوالدية التى تربى عليها متعاطو ومدمنو المخدرات توصل هربرت Herbert (١٩٨١) فى دراسته عن تعاطى المراهقين للماريجوانا وأسرهم إلى أن جميع المتعاطين كانوا يعانون من اضطرابات عائلية إلا أنهم يحاولون أن يجدوا أسساً جديدة للتعامل مع والديهم، وأن توجهات هؤلاء الشباب تميل إلى تدمير العلاقات مع

الوالدين ، فكل شاب يبدو أنه يرفض الإذعان لأوامر والده ويريد أن يحصل على النشوة والسعادة .

وعن **اتجاهات المتعاطين نحو آبائهم** : أجرى محمد رمضان (١٩٨٢) دراسة عن سيكولوجية تعاطى الحشيش بين الشباب المتعلم ، وباستخدام منهج دراسة الحالة واختبار البيكفورد الاسقاطى الذى طبق على خمسة فتيان - توصلت نتائجه إلى أن هناك مشكلة واضحة لاضطراب وفقدان الهوية لدى المتعاطى ترجع إلى اضطراب العلاقة بموضوع الحب الأول وهو الأم ، وكذلك العلاقة بين الأنا والآخر التى هى أساس الوجود الإنسانى ، كما وجد أن علاقة اعتماد طفلى تماماً ، وأن علاقة المتعاطى بالأب علاقة تمرد وعصيان ، وأنه لا يستطيع إقامة علاقة وثيقة بالآخر لأن صورة الوالدين لديه صورة محطمة .

وبين ريد Ried (١٩٨٧) أن القرب بين الوالدين ثبت أن له أثراً هاماً على إدمان المراهقين للمخدرات . ونظرة الوالد غير الايجابية تجاه طفله والعلاقة غير المرضية بالوالد كانت مفيدة فى التمييز بين مستعملى المخدرات وغير المستعملين.

وفى الدراسة التى أجراها أحمد السعيد (١٩٩٠) عن تعاطى الحشيش بمنطقة الرياض - توصل ضمن نتائجه إلى أن غالبية المتعاطين ينتمون إلى أسر كان الجو العائلى فى أغلبها يتسم بالاضطراب والتفكك والإهمال والمنازعات والخلافات، وأنهم لا يناقشون أمورهم مع أسرهم، وأن أسرهم لا تثق فيهم ، ولا يحترم الوالدان أصدقاءهم ، وأنهم كثيراً ما يفكرون فى الخروج من المنزل بغير عودة، ويشعرون بنقص العطف والحنان من الأسرة.. ووجد أن حوالى ٢٦٪ من العينة كان والداهما يعيشان مع بعضهما مع وجود خلافات بينهما، ١٦٪ كان فيها الوالدان منفصلين عن بعضهما، كما وجد أن المتعاطين ينتمون فى الغالب إلى بيئات اقتصادية واجتماعية دنيا فلا يستطيعون اشباع حاجاتهم الضرورية.

وفى دراستها الكلينيكية لحالتين من مدمنى الهيروين المنتكسين وحالتين من المدمنين غير المنتكسين : استخدمت هناء أبو شهبة (١٩٩٠-د) منهج دراسة الحالة واختبار تفهم الموضوع، وأوضحت أن العلاقة الاجتماعية للمدمن المنتكس بأسرته

تتميز بسيادة الاتجاه السلبى نحو الأب، وأن الاتجاه نحو الأم يتميز بمشاعر مزدوجة بين الحب والكراهية. أما المدمن غير المنتكس فقد كان اتجاهه نحو الأب أقل سلبية من المدمن المنتكس ، أما اتجاهه نحو الأم فيرتبط فيه الحب بتثبيت للعقدة الأوديبية منذ طفولته لحرمانه فترة كبيرة من الحياة مع الأم فى صغره .

وأجرى حسن مصطفى ، راوية دسوقى (١٩٩٣) دراسة عن أساليب المعاملة الوالدية لدى متعاطى الأفيون توصلت إلى أن قسوة الأب وتدخله الزائد وحماية الأم الزائدة للأبناء ، ثم إشعار الأب لهم بالذنب، والتدخل الزائد عن الأم وتفضيلها للأقوى، ثم حماية الأب الزائدة للأبناء والرفض وقسوة الأم ورفضها تعد أهم محددات المعاملة الوالدية لدى متعاطى المخدرات .

٥- إدمان الوالدين للمخدرات :

إن وجود أقارب يتعاطون المخدرات يعد أحد العوامل المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتعاطى الشباب للمخدرات سواء كانت مخدرات طبيعية أو أدوية نفسية أو مشروبات كحولية ، وينطبق ذلك على تلاميذ المدارس الثانوية والجامعات، وتزداد احتمالية التعاطى فى حالة إدمان أحد الوالدين للمخدرات – فقد ثبت أن إدمان الوالدين للمخدرات يرتبط بإدمان المخدرات بين الشباب. وهذه النتائج منطقية نظراً لأن الأطفال كثيراً ما يتخذون من والديهم نماذج ويحاولون محاكاة سلوك والديهم، وإذا كان الوالدان يستعملان المخدرات فإن أطفالهما يمكن أن يرقى إلى تفكيرهم أن هذا السلوك مقبول من الناحية الاجتماعية، ومن ثم يشاركون فى استعمال المخدرات، ومن المتوقع أن الشبان الذين يتعاطى والداهم المخدرات يمكن أن يكون لديهم ميل أعلى لإساءة استعمال المخدرات.

وقد أوضحت العديد من الدراسات وجود ارتباط بين إدمان الوالدين للمخدرات وإدمان صغارهما . فعلى سبيل المثال : استنتج أنجلين وآخرون Anglin et al. (١٩٨٦) أن الطالبات تأثرن فى استعمالهن للمخدرات باستعمال والديهم للماريجوانا. وعلى الجانب الآخر تأثر التلاميذ بأقرانهم بدرجة أكبر. وقد وجد فيشر وآخرون Fisher et al. (١٩٨٧) أن المدمنات كن أكثر قرباً من آبائهن

فى استعمالهن للمخدرات من المستعملين الذكور.

بالإضافة إلى تلك الأسئلة التى تتعلق بأوصاف دقيقة للعلاقة بين إدمان المراهقين وإدمان الكبار، فقد كانت هناك أيضاً مناقشات حول تفسير العلاقة بشكل عام، وكما قرر فوزى وآخرون .Fuzy et al (١٩٨٣) ، فإن التفسيرين البارزين كانا النموذج الاجتماعى للتعلم وظروف الأسرة .

٦- ظروف الأسرة :

يوصى النموذج الاجتماعى للتعلم أن المراهقين يقلدون سلوك الكبار بالاستجابة لما يحدده الكبار بأنه ملائم .ففى دراسة أجراها أنيس Annis (١٩٧٤) قررت أن المراهقين يقلدون استعمال والديهم للكحول والسجائر وبذلك يصبحون أكثر احتمالا للانتقال لاستعمال المخدرات المحرمة .

ويتضمن نموذج ظروف الأسرة أن الارتباطات بين إدمان المراهقين وإدمان الكبار ليست قاصرة على المخدرات، ولكنها ارتباطات أكثر عمومية وتنشأ عن ظروف عائلية غير ملائمة ترتبط بإدمان الكبار للمخدرات، وعلى ذلك ، فإن إدمان المخدرات من جانب الشباب يصبح أكثر ارتباطاً بالظروف السائدة فى الأسرة ، وليس بسبب التقليد.

ومن الطريف أن الوالدين يقدمان مثالاً للسلوك المقبول ، رغم أن هذه العملية غالباً ما تحدث بطريقة غير متعمدة وليس بطريقة تعليمية مباشرة . وما وجد هو أن الوالدين اللذين يستعملان مخدرات مصرح بها ، بما فى ذلك السجائر ، الكحول وحتى المخدرات التى توصف كعلاج يهيئان فرصة أعلى لإنجاب أطفال يستعملون مخدرات محرمة، أكثر مما يفعل الآباء الذين لا يستعلمون المخدرات المباحة قانوناً.

وقد وجد كاندل Kandel (١٩٧٣، ١٩٧٤) ارتباطاً موجباً بين استعمال المراهقين للماريجوانا وتقييمهم المدرك لاستعمال والديهم للمخدرات التى تؤثر على الحالة النفسية . ورغم أن المراهقين الذين يستعملون الماريجوانا يحتمل أن يذكروا

أن والديهم يستعملون المخدرات المباحة . ويظل الارتباط كبيراً بين استعمال المراهقين للماريجوانا والتقرير الذاتي لوالديهم لمستوى استعمال المخدرات. ومن بين الشبان الذين لم تدخن أمهاتهم السجائر ولم يشربن الكحول ، فإن ١٨٪ فقط جربوا الماريجوانا. ولكن الرقم كان ٣٤٪ بالنسبة لهؤلاء الذين كانت أمهاتهم تدخن السجائر ويشربن الكحول. وبالنسبة لأطفال الآباء الذين لم يدخنوا ولم يشربوا، جرب ١٠٪ منهم فقط على الأقل الماريجوانا، ولكن ثلاثة أضعاف هذه النسبة، ٣٠٪ من أطفال آباء الأطفال الذين كانوا يدخنون السجائر ويشربون جربوا الماريجوانا على الأقل. ومن الواضح أن استعمال الماريجوانا من جانب الشبان الصغار يرتبط باستعمال المخدرات المباحة لجيل الآباء .

وتبدو النتيجة واضحة فالوالدان يقدمان مثالاً غير متعمد لأطفالهما بدون أن يدركان ذلك وهما يعودان أطفالهما على سوء استعمال المخدرات المؤثرة على النفس.

وقد بين نيدل وآخرون Needle et al. أنه على الرغم من أن إدمان المخدرات يكون عاملاً في استعمال المراهقين للمواد المخدرة فإنه لايبدو مصدراً قوياً للنمذجة ، حتى في نطاق الأسرة. وكان إدمان الكبار للمخدرات أكثر ارتباطاً باستعمال الكبار للمخدرات.

وبرغم الدراسات العديدة التي أيدت الفرض الذي مؤداه أنه كلما زاد استعمال الكبار للمخدرات المباحة وغير المباحة ، زاد احتمال تورط أولادهم في المخدرات . يشعر باحثون آخرون أن أهمية تعاطي الوالدين للمخدرات كان مبالغاً في تقديرها. ويستخلصون دراساتهم عن استعمال الماريجوانا بين طلاب المدارس الثانوية أن تأثير الأقران أكثر أهمية من تأثير الوالدين. ويعتقد كاندل أن وجود نماذج الأقران وضغوط جماعات هي العامل الجوهري في تعاطي المخدرات . وقد بينت نتائجها أن تأثير الوالدين تأثير ثانوي فقط ، ربما يفيد في تقوية تأثير الأقران في حالة ما يكون كل من الأقران والوالدين من المفرطين في استعمال المخدرات.

وترى كاندل أن أحد أسباب ضعف ذلك التأثير الوالدى يرتبط بالرسالة المزدوجة المعطاه . أى أنه من جانب يحرم الآباء المخدرات وينكرونها، بينما فى نفس الوقت يبيحونها لأنفسهم.

ووجد ماك لين وآخرون .Mckillip et al (١٩٧٣) أن استعمال الأصدقاء للمخدرات يرتبط بدرجة أكبر باستعمال الطلبة للمخدرات أكثر من ارتباطه باستعمال الوالدين أو الأطفال للمخدرات. وقد وجد كلايتون وفوس Clayton & Voss (١٩٨١) أن استعمال الأصدقاء ، الأم أو الشريك ، واستعمال الأبناء كانت فى الرتبة الأولى، الثانية، والثالثة فى التنبؤ بمدى استعمال الكحول والمخدرات. وكذلك بين ديشيون ولوبر Dishion and Loebert (١٩٨٥) أن استعمال الأقران كان أقوى ارتباطاً لاستعمال المراهقين للمخدرات ، يليه استعمال الوالدين للمخدرات.

البيئة وتعاطى المخدرات

١- تأثير الرفاق والأصدقاء :

منذ زمن طويل افترض علماء الاجتماع ولاحظوا مدى تأثير جماعات الرفاق فى تعاطى المخدرات وهو الموضوع الرئيسى لدراسة بيكر Beker (١٩٥٣) عن الخطوات التى يتعين على المرء عبورها أثناء تعلمه استعمال الماريجوانا.

وتشير كثير من البحوث الميدانية اليوروأمريكية إلى أهمية الأقران والأصدقاء فى تحديد ما إذا كان المراهق سيقدم على تعاطى المخدرات أم لا - ومن بين العوامل الفعالة فى هذا الصدد : كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر، وكونهم يشجعون الشاب الذى لم يتعاط بعد على أن يقدم على التعاطى ويخوض التجربة .. وفى تقرير اللجنة القومية لبحث مشكلة تعاطى القنب فى الولايات المتحدة (١٩٧٢) ما يشير إلى أن من أهم العوامل المؤثرة فى تحديد تعاطى المراهقين وصغار الراشدين هو تأثير الأقران - فصحبة آخرين يتعاطون الماريجوانا تهيئ الشخص

لتعاطيه، ووجود أصدقاء متعاطى الماريجوانا يمد مَنْ كان محباً للإستطلاع بالفرصة الاجتماعية المواتية (مصطفى سويف : ١٩٩٦، ٩٠، ٩١).

ويقرر جود Goode (١٩٨٩، ١٤٢) أن هناك ثلاث طرق يؤثر بها الصديق على المدمن المحتمل للماريجوانا :

١- يقدم الصديق مثلاً ، ونوعاً من الشرعية لصديقه - وإذا اكتشف الشباب أن أقرانهم الذين يحترمونهم ويعجبون بهم يستعملون الماريجوانا ، فقد يحدوهم الشوق لتجربتها، وأن يكون جزءاً من مسرح المخدرات .

٢- الصديق يعرف طبيعة تجربة الماريجوانا ويقرر استعمالها ويقدم المبرر ويبدأ نسخة مصغرة وحملة إعلانية شبه مقصودة.

٣- الصديق يقدم المخدر نفسه.

وثمة أبحاث كثيرة تطرقت لهذا العامل بالنسبة للأفراد فى مختلف المجموعات العمرية ومختلف الأساليب المعيشية، على سبيل المثال : فإن جروب Grupp (١٩٧٢) عند دراسة استعمال المخدرات المتنوعة، وجد أن المستعملين بشكل مكثف كانوا يعرفون مستعملى الهيروين وكانوا يميلون لمصاحبة صديق ممن يستعملون الماريجوانا، ولاحظ وجود استعداد بين مستعملى المخدرات المتمرسين حتى الآن. ولاحظ تك Tec (١٩٧٢) وجود علاقة موجبة بين الاستعمال الشخصى للماريجوانا من جانب الطلاب وتقديرهم لاستعمال الأقران والرفاق. وبين أدلر ولوتيكا Adler & Lotecka (١٩٧٣) أن استعمال الطلبة للمخدرات كان يرتبط ارتباطاً قوياً بسلوك المخدرات لأحد الأصدقاء المقربين.

ويصدق القول إنه فى كثير من جماعات الرفاق ، لا يكون استعمال المخدرات مقبولاً فقط ، ولكنه يكون مطلوباً بالفعل ، وقد وجد شيبارد وآخرون Sheppard et al. (١٩٨٧) أن جماعة الرفاق تصبح مهمة عندما يتخذ الشاب القرار فعلاً باستعمال المخدرات كخطوة ثانية فى هذا السلوك المنحرف، وتتيح جماعة الرفاق الوصول إلى المخدرات ، والموقف والتشجيع على الاستعمال وإذا كان استعمال

المخدرات من النوع الذى يعارضه الوالدان بشدة، عند ذلك يحتمل أن يظل الشاب على علاقة وثيقة بجماعة الرفاق ويبتعد عن التأثير الوالدى .

وبينت دراسات عديدة أن جماعات الرفاق تلعب دوراً هاماً فى بدء استعمال المخدرات للمرة الأولى. ووجد كروزر Crowther (١٩٧٤) أن غالبية المستجيبين تناولوا الماريجوانا للمرة الأولى عن طريق صديق مقرب. ووجد فيشر وستكلر Fesher & Stacler (١٩٧٤) أيضاً أن الغالبية العظمى من المستجيبين قدموا إلى عالم الماريجوانا للمرة الأولى عن طريق صديق، وقد ذكر جماعات الرفاق أيضاً كمصدر أساسى للمخدرات .

وتبين دراسة أجراها شنيدر وآخرون Schneider (١٩٧٧) أن معظم مستعملى المخدرات يذكرون الحصول على المخدرات من صديق أو معرفة وليس عن طريق الشراء بأنفسهم . وفى عمل تلك أيضا (١٩٧٢) من بين المراهقين الذين تمت دراستهم ، يحدد ٩٨٪ الرفاق والأصدقاء كمصدر أساسى لتوريد المخدرات . وفى نفس الوقت تعتبر جماعات الرفاق بمثابة مصدر رئيسى للمعلومات المتعلقة باستعمال المخدرات.

وتلقى البحوث المصرية قدراً كبيراً من الضوء على هذا الموضوع مؤيدة ما انتهت إليه البحوث الغربية من إضفاء وزن كبير على أهمية دور الصحاب والأصدقاء فى الإقدام على التعاطى – ففى الدراسات التى أجراها سويف وآخرون (١٩٧٤) فى هذا الصدد تشير إلى أن دوراً واضحاً للرفاق فى الرؤية المباشرة للمادة المخدرة، وفى تقديم هذه المادة للشباب المقبل على التعاطى فى أول خبرة فى هذا المجال. ولا تخفى طبيعة الموقف الاجتماعى الذى يجمع بين الصديق (المصدر) والشاب (المتلقى) ، وكيف أنه لابد أن يكون مشحوناً بعناصر نفسية متعددة تتجه معظمها إن لم يكن كلها إلى قدر من الإغراء أو التشجيع أو (على الأقل) تيسير خوض تجربة التعاطى (مصطفى سويف : ١٩٩٦ ، ٩٤).

وقد توصلت هناء أبو شهبة (١٩٩٠ – جـ) فى دراستها عن علاقة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان والتى أجريت على ٣٠ مدمن

هيروين، ٣٠ منتكساً لإدمانه، ٣٠ غير متعاط – توصلت إلى أن من أسباب التعاطى لأول مرة : حب الاستطلاع مع الرغبة فى التجربة ، ومجاراة الأصدقاء، وقتل الفراغ ، ومرض أحدالوالدين بمرض نفسى أو عقلى ، أو انفصال الوالدين أو غيابهما، قسوة الوالدين أو أحدهما، والتخفف من القلق.. وأن من أسباب انتكاس مدمن الهيروين : ضعف الإرداة، والقابلية للاستهواء ، والتخفف من القلق والاكتئاب النفسى الذى حدث بعد العلاج ، والرجوع للصحبة السيئة من المدمنين ، كما وجدت علاقة بين الانتكاس والوسط الأسرى بما فيه من معاملة والدية وأساليب تربوية خاطئة ، بالإضافة إلى عدم مصداقية الآباء لأبنائهم وعدم متابعتهم ورقابتهم.

٢- توفر المادة المخدرة :

ذُكر توفر المخدرات كعامل هام فى التورط فى المخدرات . وبعض الدراسات تقدم وصفاً حياً للتجربة الشخصية فى العملية التى يؤدى فيها توفر المخدرات إلى استعمالها.

وعلى حين ركز الباحثون انتباههم على وجود المخدرات فى الأماكن المجاورة، فيمكن استنتاج أن سهولة الحصول على المخدرات فى المدرسة يجب أن تعتبر بمثابة عامل هام فى انتشار المخدرات . ويمكن رؤية توفر المخدرات من خلال ثلاثة أدوار : توفر المخدرات فى البيت ، فى المدرسة أو فى العمل ، وفى الوسط الحيط .

ويلعب توفر المخدرات فى البيت ، أى استعمال الوالدين للمخدرات دوراً هاماً فى توفير المخدرات للمراهقين ، وتبين نتائج دراسة جرورر Gfroerer (١٩٨٧) وجود علاقة قوية بين استعمال المراهقين للمخدرات وإدمان أعضاء الأسرة الكبار للمخدرات. ووجدت تلك الدراسة أن إدمان الآباء أو الأمهات ، وكذلك الأبناء الكبار يرتبط بإدمان الشبان .

ويرتبط توفر المخدرات فى المدرسة أو فى محل العمل باستعمال الأصدقاء للمخدرات. وقد أكدت دراسات كاندل (١٩٧٣، ١٩٧٤، ١٩٨١) أن استعمال الأصدقاء للمخدرات عامل هام فى تعاطى المخدرات الشخصى . ويلعب الأصدقاء دوراً هاماً جداً فى توفير المخدرات وفى استهلاك استعمال المخدرات للمرة الأولى .

وبين كوزى ولابوڤى Kouziee & Labouvie (١٩٨٨) أنه من بين الذكور فإن ٩ر٩٧٪ فى عمر ١٥ سنة ، ٥ر٩٨٪ عمر ١٨ سنة ، ١٠٠٪ عمر ٢١ سنة يشربون مع الأصدقاء، و ٧ر٧٥٪ فى عمر ١٥ سنة، ٣ر٩٥٪ فى عمر ١٨ سنة و ٩٩٪ فى عمر ٢١ سنة يشربون فى بيوت الأصدقاء.

وقد زاد تقييم أهمية وجود المخدرات فى محيط الفرد – إذ تبين الدراسات أهمية المحيط البيئى فى فهم إدمان المخدرات . وعلى حين بين دمبو وآخرون .Dembo et al (١٩٧٩) أن وجود المخدرات فى الوسط المحيط لايبدو مرتبطاً ارتباطاً مباشراً بالإدمان الشخصى للمخدرات ، فإن نفس الدراسة وجدت أن سهولة الحصول على المخدرات فى البيئة المحيطة تعتبر عاملاً هاماً غير مباشر فى إدمان المخدرات .

الشخصية وتعاطى المخدرات

١- تركيب الشخصية :

دلت معظم الدراسات فى هذا المجال على أن تركيب الشخصية يعتبر من العوامل المسهمة فى تعاطى المخدرات .. فأسباب التعاطى ولو تنوعت لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المتعاطين يتميزون بخلل واضطراب فى الشخصية، وأنهم يعانون قدراً كبيراً من القلق والاكتئاب والتوتر ونقد الذات مما يدفعهم إلى انعكوف على التعاطى يتخففون به من اضطرابهم النفسى، ففى الدراسة التى أجراها سعد المغربى (١٩٦٦) عن سيكولوجية تعاطى الأفيون تبين منها : أن إدمان الأفيون هو عَرَض لاضطرابات عنيفة فى الشخصية وأن الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية، وأن هناك استعداداً تكوينياً معيناً يبدأ فى مراحل النمو النفسى المبكر ويؤدى إلى القابلية للإدمان على المخدرات، وأن شخصية المدمن تتميز بضعف الذات، وكف العدوان ، واضطراب التوحد ، والتعيين الذكرى، والسلبية ، وانخفاض مستوى الطموح، والتشاؤم ، وعدم الثقة بالسلطة وبالنظم الاجتماعية. وقد أوضح أن نسبة غير قليلة من متعاطى الأفيون يتسمون بضحالة الوجدان وبلادة الانفعال وتجنب

المواقف التى تحتاج إلى المشاركة الوجدانية - إلى غير ذلك من مشاعر القصور وعدم الكفاية .

وفى الدراسة التى أجراها مخرجي وشرر Mukhergee & Scherer (١٩٧١) عن شخصية المدمن والتى أجريت على ٣٦ طالباً جامعياً ، ٣٦ طالبة جامعية من متعاطى الأفيون ، وجدت فروق بين غير المتعاطين لأى عقار ومكثرى التعاطى للأفيونات فى درجة استبصار الذات، ولم توجد فروق بين متوسطى التعاطى ومكثرى التعاطى فى الاستبصار الذاتى .

وفى مقارنة مجموعة من غير المتعاطين ومجموعة مراهقين متعددى التعاطى باستخدام اختبار الشخصية المتعدد الأوجه توصل هلر وموردكوف Heller & Mordkoff (١٩٧٢) إلى وجود نمطين لشخصية المدمن : الأول : هو النمط المرتبط بالهيروين : وهو نمط سيكوباتى مع وجود دلائل قلق وعدم أمن انفعالى واكتئاب، والنمط الآخر : هو نمط متعددى التعاطى للعقاقير المختلفة : وهم شخصيات مضادة للمجتمع مع وجود علامات من القلق والاكتئاب .

ولقد قام فاروق عبدالسلام (١٩٧٧) بإجراء دراسة لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتصلة بإدمان الأفيون لدى عينة من ٥٢ متعاطياً من مصحة الصحة النفسية بالخانكة ، وباستخدام عدد من المقاييس النفسية توصل إلى أن هناك عوامل سيكولوجية مرتبطة بشخصية المدمن منها : تدنى الذكاء، وضعف الأنا، عدم الطمأنينة الانفعالية، الميل إلى عقاب الذات وتدميرها، وشيوع الاكتئاب ، والانحراف السيكوباتى، واضطراب التوافق، وتعطل النمو النرجسى ، واستخدام أسلوب الانسحاب باعتباره ميكانيزماً أساسياً لمواجهة المواقف، يضاف إلى ذلك اختلاف الحالة المزاجية والنفسية للمدمن وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير، واختلاف السمات النفسية بين المدمنين الذين حضروا المناقشة الجماعية عن أولئك الذين لم يتلقوا علاجاً.

وقام دونوفان وچسور Donovan & Jessor (١٩٧٨) بإجراء دراسة عن المشكلات النفسية المرتبطة بإدمان الكحول ، والبيئة المدركة والنظم

السلوكية – حيث جمعت بيانات من عينة من المعتدلين فى الشرب، ومن الذين لديهم مشكلات فى الشرب تصل إلى درجة الإدمان، وقد استنتجا : أن هناك دلالة واضحة على النشاط المنعزل، والسلوكيات المحبطة ، وضعف تقدير الذات ، وسوء الفكرة التى كونها المتعاطى عن ذاته ، وإحساسه بأنه منبوذ غير مرغوب فيه ، إلى جانب التميز بالجرأة، وظهور مظاهر سلوكية متعددة منها : العمل ضد السلطة ، وكانوا كثيرى الامتعاض، عدوانيين ، يدل مظهرهم على الشك والريبة ، يمارسون نشاطاً تعويضياً لإعادة التوازن بين العجز والقصور من جهة والعمل من جهة أخرى .

وفى دراسة جمعان أبا الرقوش (١٩٨٣) عن الصحة النفسية لدى متعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية والتى أجريت على ٣٠ مدمناً لمادة السيكونال، ٣٠ من المسجونين بتهم غير المخدرات بالسجن العام لمنطقة الطائف ، وعينة ضابطة غير متعاطين وغير مسجونين . وباستخدام مقياس الصحة النفسية واستمارة عن الخلفية الاجتماعية ، توصل الباحث إلى أن متعاطى مادة السيكونال يختلفون عن الأسوياء فى أبعاد الصحة النفسية، وأن الأبعاد الإيجابية كانت متدنية عن العوامل السلبية، بالإضافة إلى تميزهم بعدم الثبات الانفعالى وعدم النضج السلوكى .

وأجرى كرول وستوك وجمس Kroll, Stock & James (١٩٨٥) دراسة عن سلوكيات مدمنى الكحول وذلك بمقارنة مجموعة من ٣١ مدمناً بمجموعة ضابطة من ٢١ غير متعاط، وتوصلت إلى أن الرجال الكحوليين قد أشاروا إلى وجود مشكلات قانونية بدرجة دالة، وبالعنف العائلى، والعنف ضد أشكال السلطة عن العينات الضابطة، وكان لديهم ارتفاع فى حدوث محاولات الانتحار والشرب الانتحارى، وزيادة مستوى القلق الموقفى .

وفى الدراسة التى أجراها أحمد السعيد (١٩٩٠) على ١٠٠ من المسجونين المتعاطين للحشيش بإصلاحية الحائر بالرياض ، ١٠٠ من المسجونين غير المتعاطين، ١٠٠ من المتعاطين من الشركة الموحدة للكهرباء ، وباستخدام مجموعة من المقاييس

النفسية، توصل إلى أن متعاطى الحشيش كانوا أعلى المجموعات فى مقاييس : الانحراف السيكوباتى ، والهستريا، والشعور بالوحدة، والاكتئاب، وقلق الحالة، وقلق السمة، كما كانوا أقل المجموعات فى مقياس تبادل العلاقات الاجتماعية .. وفى الدراسة التى أجرتها هناء أبو شهبة (١٩٩٠ - أ) عن علاقة الذكاء والسمات المرضية بإدمان الهيروين قامت بتطبيق مقياس وكسلر بلفيو للذكاء واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه على ٦٠ مدمناً ، وعينة ضابطة من غير المدمنين، أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين مدمنى الهيروين وغير المدمنين فى الأعراض العصابية والذهانية وشيوع الانحراف السيكوباتى والانطواء الاجتماعى بين المدمنين، كما وجدت فروق بين المجموعتين فى نسبة الذكاء اللفظى والعملى والكلى لصالح غير المدمنين.

٢- ديناميات الشخصية :

ولقد تناولت مجموعة من الدراسات ديناميات شخصية متعاطى المخدرات نذكر منها تلك الدراسة التى قام بإجرائها عبدالله عسكر (١٩٨٦) عن تعاطى الأقراص المخدرة وعقار الهلوسة بين الشباب المتعلم، وباستخدام منهج دراسة الحالة من خلال المقابلة الكلينيكية الحرة، واختبار تفهم الموضوع ، واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ، تم التطبيق على ستة طلاب متطوعين من المتعاطين، وأسفرت النتائج عن اضطراب البناء النفسى للمتعاطى : فالأنا ضعيفة وعاجزة ومنهكة القوى من جراء الدفاعات الفاشلة المستمرة ضد مشاعر الأثم المنبثقة من الأنا العليا، وعدم القدرة على تخطى الموقف الأوديبى بنجاح، والتثبيت على علاقة الأم فى علاقة اعتمادية طفلية نرجسية (العلاقة بالآخر) ، والفشل فى عمل علاقات خارج نطاق الإدمان .

كما قام عبدالرحيم بخيت (١٩٨٧) بدراسة عن الدلالات الكلينيكية لاستجابات مدمن مخدرات على اختبار تفهم الموضوع . وباستخدام منهج دراسة الحالة، أوضحت النتائج : سيادة الميول الاكتئابية ، والوساوس والقهر، وسيطرة الدافع الجنسى، والإحساس بالنبذ والسيطرة ، وتقييد الحرية من قبل البيئة ، مع ظهور حاجة واضحة إلى العطف من الآخر .

وفى دراسة قامت بها هناء أبو شهبة (١٩٩٠ - ب) للكشف عن ديناميات شخصية مدمن الهيروين ، والتى أجريت على عينة من عشر حالات من مدمنى الهيروين المنتكسين ، وعشر حالات غير مدمنين، وباستخدام المقابلة الكلينيكية ، واختبار تفهم الموضوع الذى فسر وفقاً لطريقة بيلاك ، توصلت النتائج إلى أن شخصية مدمن الهيروين غير متوافقة نفسياً واجتماعياً، وهى من علامات عدم تمتعه بالصحة النفسية .

وفى دراسة لاحقة (١٩٩٠ - د) استخدمت المنهج الكلينيكى المتعمق لحالتين من مدمنى الهيروين المنتكسين لمدة خمس سنوات من تعرضهما للعلاج أكثر من مرة، وحالتين من مدمنى الهيروين لمدة عامين ولم يتعرضا للخبرة العلاجية ، وباستخدام المقابلات الحرة وتاريخ الحالة واختبار وكسلر بلفيو للذكاء، واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ، واختبار تفهم الموضوع - توصلت الدراسة إلى أن ديناميات شخصية مدمن الهيروين المنتكس تتسم بالمشاعر الاكتئابية، ووجود اتجاه سلبى نحو العلاقات الأسرية والوالدية ، والأنا غير كفء ضعيفة ، كما يظهر ضعف الأنا الأعلى ، وهناك عدوانية موجهة نحو الذات، إلى جانب الشعور بالدونية ، والاتجاه السلبى نحو البيئة ، ووجود مشاعر سادومازوخية مع تغلب السادية.. أما ديناميات شخصية المدمن غير المنتكس : فتتميز باتجاه أكثر إيجابية نحو العلاقات الأسرية ، ووجود ازدواجية فى المشاعر نحو البيئة مع سيادة الصراع الأوديبى، وصورة الذات أكثر إيجابية من المدمن المنتكس وإن غلبت مشاعر الذنب، والندم، وظهور العدوانية السادية الموجهة نحو الذات، والمشاعر البارانوية، إلى جانب المشاعر والميول النرجسية، وسيادة الصراعات بين حبه لذاته وتدميرها، والتثبيت الأوديبى، كما وجدت خصائص مشتركة بين ديناميات شخصية المدمن المنتكس وغير المنتكس .

وأوضحت دراسة حسن مصطفى ، راوية دسوقى (١٩٩٣) أن متعاطى الأفيون يغلب عليهم حالة وسمة القلق والميل العصابى وانعكس ذلك على ضعف الأنا وتذبذبه وعدم كفاء ته ، مع سلبية صورة الذات وغلبة الميول العدوانية والسيكوباتية،

والأعراض البارانوية والمشاعر الاكتئابية والميول الانسحابية الانهزامية ، وغلفت الصورة الاكلينيكية أعراض الإحساس بالهلاوس البصرية اللمسية.

٣- تأثير التعاطى على الشخصية :

وهناك مجموعة من الدراسات التى تناولت تأثير التعاطى على الشخصية – من ذلك تلك الدراسة التى أجراها سعد المغربى (١٩٦٠) عن ظاهرة تعاطى الحشيش فى مصر على عينة مكونة من ٢٢٥ فرداً منهم ٢٥ متعاطياً مسجونين ٥٠ متعاطى غير مسجونين، وباستخدام اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه والرورشاخ والفحص الطبى واختبارات سيكومترية أخرى، توصل إلى أن الحشيش يؤدى إلى الاعتماد النفسى الذى يؤدى إلى الشعور بالضيق والتوتر النفسى وأن شدة الاعتماد النفسى تتوقف على درجة الانتظام فى تعاطى المخدر ، فكلما كان التعاطى فى فترات متقاربة زادت درجة الاعتماد النفسى.

وفى الدراسة التى أجريت فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى مصر (١٩٦٤) تبين أن متعاطى الحشيش أكثر قلقاً من غير المتعاطين ، وأن إنتاجية المتعاطى تتدهور أثناء التخدير وأثناء حالة الخرمان .

ولقد قام أحمد كيلانى (١٩٦٧) بتجربة ذاتية للتعرف على الآثار المباشرة لتعاطى الحشيش بتدخين لفافتين تحتويان عليه، فوجد أنه عند التدخين يبدأ الشعور بحالة من النشوة واللذة والسعادة الغامضة والشعور بالراحة ، وبعد الانتهاء يبدأ الشعور بجفاف الحلق ودوار الرأس والجوع الشديد وزوغان العين وتشوه المرئيات ورؤية أشباح مفزعة وأصوات منكرة ودوار شديد وسرعة ضربات القلب وتوتر عصبى شديد وفقدان الإرادة على توجيه التفكير، ثم الحاجة الشديدة الى النوم مع الشعور بالهذيان، مع تقطع النوم.. وبعد التجربة بثلاثة أيام بدأ الشعور بالخمول والكسل والتردد أمام أى شئ يقوم به أو يعرض عليه، وضعف نسبى فى الذاكرة وضيق شديد فى النفس.

أما الدراسة التى أجراها محمد رشاد كفافى (١٩٧٣) عن سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطى الحشيش، وباستخدام منهج دراسة الحالة والمقابلة

الحرة واختبار تفهم الموضوع لأربع حالات، توصل إلى أن متعاطى الحشيش يشعر فى حالة الخرمان بتوتر شديد ينجم عن الإحباط الفمى الشديد لرغباته الفمية، والرغبة فى إيذاء أناه الأعلى الذى يقوم بالحجر على رغبات الهو، ويخفق فى التواصل الإنسانى مع الآخرين .. وفى دراسة أخرى أجراها عام ١٩٨٠ على ثمان حالات استخدم فيها اختباراً خاصاً بتعاطى الحشيش وآخر يطبق فى حالة النشوة، إلى جانب اختبار بلاكى، توصل إلى أن المرح الناجم عن التعاطى ميكانيزم دفاعى لمغالبة الاكتئاب والخلاص منه ، وأن هناك زيادة فى إقبال المتعاطى على الحياة فى حالة التخدير عما هو عليه فى حالة الاعتياد والخرمان، وأن هناك فروقاً فردية فى مدى نجاح أو فشل المتعاطين فى تحقيق مشاعر المرح فى حالة التخدير، وأن المتعاطين عامة يتميزون بالمرح المشابه لمرح الهوس .

وبنفس المنهج أجرى ماهر إلياس (١٩٨٦) دراسة إكلينيكية على ستة متطوعين من المتعاطين للماكستون فورت ممن يعالجون بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية، توصلت النتائج إلى أن المدمن يلجأ إلى مغالبة مشاعر الاكتئاب وإحلال حالة من الهوس الاصطناعى للتغلب على العالم المادى المحيط به وما لديه من مشاعر العجز والدونية والعدوانية، وأن المدمن فى حالة غياب المخدر يشعر بفقدان الموضوع وبأنه غير محبوب ومهجور، ويهاجم أناه الأعلى بقسوة فى صورة الأب والرؤساء - واتضح أن الإكثار من التعاطى يؤدى إلى إحداث مضاعفات ذهانية وبعض المشاعر البارانوية والهذاءات، كما ظهر أن المتعاطى يعانى وهو فى حالته العادية من اضطراب جنسى وخشية من الجنس الآخر، وفى حالة الخرمان لا يستطيع الإتيان بالفعل الجنسى، وتغلب السمة الاكتئابية، والميل للوحدة ، والانسحاب ، ويعانى فقدان كامل للقدرة على التواصل الإنسانى .

إدمان المخدرات والانحرافات السلوكية

تبين دراسات عديدة وجود علاقة قوية بين إدمان المخدرات وأشكال أخرى من السلوك الإجرامى . وهذا الارتباط القوى بين الإدمان - والانحراف ليس مثيراً

للدهشة بأى شكل نظراً لأن الإدمان فى حد ذاته يعتبر عملاً منحرفاً أو غير شرعى.

والتساؤلات الأساسية التى تحاول الدراسات الإجابة عنها هى : هل يؤدى إدمان المخدرات إلى التوسط فى أشكال أخرى من السلوك المنحرف؟ أو هل التورط فى أشكال أخرى من الانحراف يؤدى إلى الإدمان ؟ أو هل هناك سبب مشترك يكمن وراء كل من إدمان المخدرات والتورط فى مجموعة أخرى من الانحراف؟.

وقد اقترح واترز وآخرون Watters et al. (١٩٨٥) ثلاثة منظورات بشأن المخدرات فى ارتباطها بالجريمة :

١- المخدرات تسبب الجرائم :

ويفترض هذا التفسير أن النشاط الإجرامى ينشأ عن استعمال المخدرات لأن مستعملى المخدرات يحتاجون إلى دخل لا يمكن الحصول عليه إلا بوسائل غير مشروعة، حيث أن المدمنين ينزلقون إلى طائفة المجرمين ومن ثم يكون السلوك الإجرامى أمراً عادياً ، أو بسبب الخواص النفسية والدوائية للمخدرات نفسها.

ولاشك أن الإدمان قد يقود إلى الجريمة حين يفقد الإنسان عقله وقواه الإدراكية ووعيه وحسه وضميره الواعى ، وحين يعجز عن التمييز بين الصواب والخطأ، وحين يعجز به الإدمان عن إدراك عواقب أعماله فيتصرف فاقداً للوعى والادراك بل أن الإدمان قد يهيئ له من الخيالات والأوهام ما يجعل المدمن يتوهم أناساً يدبرون له المكايد فيبادر بالاعتداء عليهم (عبدالرحمن العيسوى : ٢٠٠٠، ٩).

وهذا المنظور هو الراسخ فى الضمير العام. وقد وجد جيجر Geiger (١٩٧١) أن ٨٢٪ من عينة من الكبار على مستوى الأمة كانوا يعتقدون أن الماريجوانا تدفع الناس لارتكاب الجرائم وأعمال العنف . والمقدمة المنطقية الكامنة خلف هذا المنظور تتمثل فى أن وجود ، وتوافر المخدرات ، والاستعمال غير الطبى للمواد المخدرة أدى مباشرة إلى التورط فى كل من الأنشطة الإجرامية العنيفة وغير العنيفة حتى بين المواطنين الذين كانوا يلتزمون بالقانون لولا تورطهم فى المخدرات.

وأوضحت دراسات عديدة أن النشاط الإجرامى بعد الإجرام يكون أعلى من مستواه قبل الإجرام، وقرر جارب وكريم Garb and Crim (١٩٦٦) أنه " يجب أن يوضع فى الاعتبار أنهم يصبحون مجرمين بسبب الإدمان ، ولم يصبحوا مدمنين لأنهم كانوا مجرمين".

ويقرر تابان Tappan (١٩٨١) الموقف بشكل أوضح حين قال " إن المدمن من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الدنيا يكون مجرماً فى الأساس لأن المسكنات المحظورة مرتفعة الثمن ولأنه يستطيع أن يوفر متطلباته اليومية فقط عن طريق ارتكاب الجرائم التى تدر عليه دخلاً" . وفى دراسة سكور Schur (١٩٨٨) لم يذكر أحد التورط فى أى جريمة قبل الأدمان. واستنتج أن الإدمان مسئول مسئولية مباشرة عن انتشار الجريمة بين المدمنين.

وهناك دعم قليل لاستنتاج أن التغيرات تنشأ من البداية عن الإدمان . ولسوء الحظ : فإن أياً من تلك الدراسات لم تتطرق للتغيرات فى النشاط الإجرامى عند محاولة دراسة العمر. ورغم ذلك ، فإن هذا المنظور لا يمكن استبعاده بسهولة . ويقول كلايتون Klaition (١٩٩١) إن الفرض القائل بأن " المخدرات تسبب الجريمة" فرض صحيح ، واستدل على ذلك ببيانات توحى بوجود علاقة سببية إذا وضع فى الاعتبار أول إدمان للمواد الكحولية .

٢- الجريمة تسبب إدمان المخدرات :

بمقتضى هذه الفكرة : فإن التورط الإجرامى أو الجنوح يؤدى إلى إدمان المخدرات، وفيما بين الأفراد الجانحين يمكن أن يكون إدمان المخدرات سلوكاً معيارياً، ويمكن أن يكون ناتجاً طبيعياً لأساليب حياة منحرفة . وتبين عدة دراسات أن الجريمة والجنوح تسبق استعمال المخدرات . ويبين جونستون Johnston (١٩٧٣) أن تعاطى المخدرات، إذا كان يرتبط ارتباطاً كبيراً بالجنوح فان إدمان المخدرات لدى الأفراد المراهقين العاديين يتبع الجنوح، وعلى ذلك لايمكن أن يقال إنه يسببه . ولم يجد فريدمان وفريدمان Fredman & Fredman (١٩٨٣) أى دليل بين المساجين أو طلاب المدارس على أن استعمال المخدرات أو حتى استعمال

المخدرات المكثف أدى إلى تكرار التورط فى الجرائم المقترنة بالعنف أو غير المقترنة بالعنف بالمقارنة بالشباب الذين لم يدمنوا المخدرات، وأن الجنوح كان سابقاً لاستعمال المخدرات فى كل الأحوال. وفى دراسة مماثلة ، تطرق نفس الباحثين لدراسة عينة مختلطة من المسجونين المتطوعين للعلاج ، وشباب المدارس ، وقد وجدا ارتباطاً عاماً بين الظاهرتين ، فكلما ازداد استعمال المخدرات زادت الأعمال العنيفة وغير القانونية . وعلى أية حال فقد أوصت النتائج أن استعمال المخدرات لم يصعد من التجريب على مخدر واحد إلى الاستعمال المنتظم لأنواع أخرى من المخدرات، وأن الجنوح سبق استعمال المخدرات.

ويؤيد هذا المنظور بحث بيرس Pierce (١٩٩٢) على عينة صغيرة من المدمنين الجانحين من المسجونين والذين كان ٧٦٪ منهم متهمين بجرائم قبل أن يبدأوا استعمال المخدرات .

واستنتج جونستون (١٩٩٧) أن المتمرسين فى الجنوح يحتمل أن يتحولوا إلى الإدمان بدرجة أكبر مما يفعل غير الجانحين ، ولكن استعمال المخدرات لا يؤدى حتما إلى زيادة الانحراف.

٣- هناك عوامل كامنة تؤدى إلى إدمان المخدرات والجريمة:

وهذا المنظور يرى أن كل من السلوك الإجرامى واستعمال المخدرات ينتج عن عامل ثالث أو مجموعة من العوامل، أو يكون للظاهرتين مسارات مرضية مشتركة، ورغم الارتباط الاحصائى القوى بين الجريمة وإدمان المخدرات، فقد لا يرتبطان ببعضهما سلبياً، ولكن هناك دليل يتزايد على أن الجريمة وإدمان المخدرات هما مجموعة من العوامل التفسيرية المشتركة ، وأن ارتباط حدوثهما ما هو إلا نتيجة لجذور سببية مشتركة .. وقد وجد أن هناك عوامل اجتماعية، نفسية واقتصادية ترتبط بارتكاب الجريمة وإدمان المخدرات ، بالإضافة إلى عوامل موقفية وبيئية . على سبيل المثال : يشير الدليل إلى وجود علاقات شريطية، احتمالية أو مقيدة بين إدمان المخدرات وارتكاب الجريمة، خاصة بالنسبة لأنماط السلوك المتعلقة بالمخدرات أو المخالفات.

فقد وجد تومسون Thomson (١٩٨١) بعض الدليل الذى يوحى أن إدمان الماريجوانا يرتبط بجرائم السرقة وليس بجرائم العنف رغم أن المتغيرات السكانية ومتغيرات الطبقة الاجتماعية ظلت بمثابة عوامل تنبؤ قوية للمقبوض عليهم.

وبين جونسون وسكيدلر Johnson & Scheidler (١٩٩٠) أن مدى الجريمة يعتمد على مدى الاستعمال اليومى ، والمستعملين اليوميين للأفيون والكوكايين يتورطون فى الجرائم المنتظمة لشراء المخدرات ، ولكن هناك البعض الذين يرتكبون الجرائم دون أن يكونوا من المدمنين . وبالمثل : فقد اقترح رينارمان Reinarman (١٩٩٧) ، فى بحثه عن استعمال الكوكايين ، أنه على الأقل بين كثير من المدمنين من الطبقة الوسطى يخضع سلوك تعاطى المخدرات لمطالب الحياة اليومية .

ورغم وجود عدد كبير من الدراسات السابقة التى توصى بوجود علاقة سببية أو علاقة عامة بين الجريمة وإدمان المخدرات، فإن الطبيعة الدقيقة وتوجه العلاقة يظل دون تحديد. وعلى ذلك : فإن معظم ما يمكن أن يقال بثقة هو أن إدمان المخدرات يرتبط ارتباطاً غير مباشر بالجريمة .

الأسرة والاكتشاف المبكر للإدمان

نظراً لأن الأسرة هى المؤسسة الأساسية المنوط بها تنشئة الأبناء، وهى الأكثر ارتباطاً بهم . لذلك : فإنها الأقدر على ملاحظة التغيرات على أبنائها ولاسيما التغيرات السلوكية والفسيولوجية التى تكون علامات على تعاطى أحدالأبناء للمواد المخدرة .. ولقد افترض جلينيك Glincki أربعة مراحل يمر بها الفرد حتى يصل إلى درجة الأدمان :

* **المرحلة الأولى : مرحلة الأعراض Symptomatic stage**: وفيها يبدأ العنصران النفسى والبيولوجى بالتعاطى الاجتماعى أى فى المناسبات الاجتماعية مع الرفاق .. ويكتشف الفرد أن توتراته يخف حدتها عندما يكون تحت تأثير

الشرب أو التعاطى وقد تستمر هذه المرحلة عدة شهور أو عدة سنوات .

* **المرحلة الثانية : مرحلة الانذار Prodromal stage**: وفيها تظهر التغيرات فى سلوك المتعاطى فيبدأ فى التعاطى الثقيل أو تخزين كميات كافية من المشروبات أو الموادالمخدرة فى منزله وذلك بطريقة مهذبة .. ومع كثرة التعاطى يظهر تأثير الخمر أو المادة المخدرة على سلوكه فينزوى وينتابه النسيان ويفقد القدرة على التعامل الاجتماعى بالصورة العادية.

* **المرحلة الثالثة : المرحلة الحرجة Critical stage** : ويبدأ فيها المدمن فقدان السيطرة على نفسه، ومن ثم : فإنه يتعاطى المخدر دون مراعاة للعادات الاجتماعية وإن كان يشعر بالحياء إذا اكتشف الناس تعاطيه ولكنه يميل إلى تقديم المعاذير عن سلوكه مستخدماً التبرير والحيل الدفاعية لحماية ذاته من الاحساس بحالته الحقيقية ، ويفقد أصدقائه القدامى ، ويصعب عليه الاحتفاظ بوظيفته ، ويدور فى دائرة مفرغة ، فهو يتعاطى لكى يخفف من شعوره بالقلق والتوتر، والاسراف فى التعاطى يؤدى به الى مزيد من التعاطى ، فتضطرب حياته الاجتماعية مما يدعوه الى مزيد من التعاطى .

* **المرحلة الرابعة : مرحلة الإدمان** : وبالنسبة لمتعاطى الخمور تسمى المرحلة الكحولية ، وفيها يشعر المدمن بأنه أصبح فى حاجة إلى التعاطى يومياً ، وتصبح عادة مزمنة ويفقد أسرته وأصدقائه ويشعر أن عليه أن يواجه الحقيقة ، وهى أنه "سكير مدمن" وتظهر على الفرد أعراض سوء التغذية واختلال وظائفه العقلية (عبد الرحمن العيسوى : ٢٠٠٠، ١٤١-١٤٣).

وفيما يلى نعرض الأعراض المرتبطة بتعاطى وانسحاب عدد من المواد المخدرة لتكون عوناً للأسرة فى الاكتشاف المبكر للتعاطى ومن ثم يسهل العلاج.

أولاً : أعراض تعاطى الكحوليات :

أ - تغيرات سلوكية غير توافقية - مثل :

* فقدان القدرة على التحكم فى الشرب أو الاقلاع عنه.

* الكلام بصوت مرتفع مع الثرثرة.
* يعترى الفرد شجاعة ويباهى ويفاخر ، ويرفع الحجاب والكلفة بينه وبين الغير، ويكون فى حالة نشوة.
* معاملة الفرد لمن حوله بقسوة ، ويخشى من ارتكابه الجرائم.
* إهمال المظهر.
* الدخول فى نوم عميق ولفترة طويلة ، يصحو الفرد بعدها ناسياً الأحداث السابقة.

ب- تغيرات حركية :

ناتجة عن آثار الكحول التهبيطية على مراكز المخ – ومنها :
* ضعف التآزر الحركى – فيترنح الفرد فى مشيته .
* الرأرأة والحركة اللاإرادية السريعة لمقلة العين .
* فقدان القدرة على الكلام بوضوح.
* فقدان القدرة على التحرك بسرعة.
* تفقد الحركات دقتها.
* تعترى الفرد رعشة فى أطرافه ، ويشعر بآلام وضعف فى الأذرع والسيقان.

جـ - تغيرات فسيولوجية :

* يتأثر بالشرب كل من الجهاز الهضمى ، والكبد ، والجهاز الدورى.
* ترتفع نسبة الوفيات بين المدمنين إلى ثلاثة أضعاف المعدل العادى.
* يبدو المدمنون أكبر من سنهم من التجاعيد التى تبدو على الوجه وترهل الجلد.

د - تغيرات معرفية :

* قصور الانتباه .
* ضعف الذاكرة : يصل إلى حد عدم معرفة الشخص نفسه أو عنوانه.
* غيبوبة العقل واختلاطه.

* معاناة الهذيان والهلاوس.

و - **تغيرات نفسية :**

* الشعور بالذنب نتيجة التعاطى.
* سورة غضب مصحوبة بالخوف.
* التحول السريع فى الحالة المزاجية ، والثورة لأتفه الأسباب.
* إلقاء اللوم على الآخرين للحالة التى وصل إليها .
* التشكك فيمن حوله.
* الدخول فى دائرة الاكتئاب (سعد جلال : ١٩٧٠، التركوفيل وآخرون: د.ت).

ثانياً : أعراض تعاطى وادمان مشتقات الأفيون :

أ - **أعراض سلوكية** : تبدو فى انخفاض ما لدى الفرد من طموح وكفاءة عقلية ومعايير أخلاقية.

ب - **أعراض حركية** : تبدو فى ضعف الحركات الإرادية، والتشنجات والارتجافات.

جـ - **أعراض فسيولوجية** : تبدو فى :

* اضطراب فى درجة الحرارة.
* هبوط أو ضيق التنفس .
* عدم انتظام ضربات القلب.
* فقدان الشهية للطعام .
* عرق شديد.
* ازدياد اللعاب.
* تقلصات فى البطن.
* إسهال وقئ.
* ارتعاشات.
* أرق وتثاؤب لايمكن السيطرة عليه.

* الخمول وانخفاض الدافع الجنسى.
* الشعور بالإنهاك.
* عند الانسحاب يظهر اشتهاء شديد للمخدر ، ويصبح الفرد فى حاجة إلى جرعات أكبر فأكبر.
* يكون هناك خطر من الموت بسبب الهبوط فى القلب.

د - **أعراض معرفية** : تبدو فى صورة :
* شرود الفكر .
* تغير فى إدراك الزمان والمكان.
* خيالات وهلاوس وهذيان.

هـ - **أعراض نفسية** : تبدو فى :
* عدم الاستقرار بسبب القلق.
* نقص فى الإحساس بالابتهاج ويكون الفرد فى حاجة إلى المخدر لكى يقيه من الشعور بالضيق الشديد من الأعراض الانسحابية.
* الشعور بهلاك محدق .
* رعب ومحاولات للانتحار (والتر كوفيل، وآخرون: د.ت، سوين : ١٩٧٩).

ثالثاً : أعراض تعاطى وإدمان الكوكايين :

أ - **أعراض سلوكية** :
* تبلد عاطفى ، وتغير فى الميل للتفاعل الاجتماعى.
* فرط الحذر أو اليقظة .
* الحساسية فى العلاقات البينشخصية.
* قصور فى الأداء الوظيفى .
* البحث الشديد عن كيفية الحصول على المخدر.
* تحطيم القيم الاجتماعية والخلقية للوصول إلى الهدف.
* يقضى الفرد حياته فى ارتكاب جرائم حقيرة أو فى التسول للحصول على المال للحصول على المخدر.

ب - أعراض فسيولوجية :

* خفقان القلب، أو هبوطه.
* هبوط أو ضيق التنفس.
* اتساع إنسان العين.
* آلام فى الصدر.
* ارتفاع أو انخفاض فى ضغط الدم .
* القشعريرة وتصبب العرق .
* الغثيان والتقيؤ .
* فقدان الوزن.

جـ - أعراض حركية :

* تأخر نفسى حركى.
* الضعف العضلى.
* الإحساس الشاذ بحركات العضلات والأوتار واختلال انقباضاتها.
* الإحساس الشاذ بأن شيئاً يزحف تحت الجلد.

د - أعراض معرفية :

* اضطرابات ادراكية.
* هلاوس وهذاءات.
* فساد الأحكام والمنطق.

هـ - أعراض نفسية :

* الشعور بالعجز .
* مشاعر اكتئابية.
* مشاعر بارانوية (والتر كوفيل: د. ت ، محمدالسيد عبد الرحمن:١٩٩٩).

رابعاً : أعراض تعاطى الماريجوانا (الحشيش) :

أ - أعراض سلوكية :

* عدم تناسق الحديث وتماسكه .

* تناقص الكفاءة الاجتماعية مع الانسحاب الاجتماعى .
* تناقص الكفاءة الإنتاجية الموضوعية (على الرغم من أن الفرد يحس إحساساً ذاتياً بأنه قد ازداد قدرة على الابتكار).
* يؤدى إلى الطيش فى قيادة السيارات ومزيد من الحوادث.
* يؤثر على الحالة المالية التى تتحمل عبئاً ثقيلاً فى شراء المخدر مما ينتج عنه نقص فى التغذية واضمحلال القيم الخلقية.

ب - أعراض فسيولوجية :

* زيادة خفقان القلب .
* جفاف الحلق.
* زيادة الشهية للطعام.
* حدوث زرقة فى ملتحمة العين.
* يعمد الفرد بعد تناوله إلى النوم ، يؤدى تناوله بصورة مزمنة إلى صعوبة النوم.

جـ - أعراض معرفية :

* ضعف الذاكرة قصيرة المدى.
* تناقص الكفاءة العقلية .
* ضعف الإدراك الذاتى بالزمن.
* اضطراب العلاقة بين الحجم والمساحة مما ينتج عنه وقوع حودث السيارات.
* الإحساس بالضخامة والضآلة : فيشعر الشخص المخدر أحياناً بأنه كبير جداً ويخشى أن يتحرك خوفاً من أن يحطم الأشخاص الآخرين والأشياء داخل الحجرة ، وقد ينقلب إلى إحساس بالصغر وبأنه عرضه لأنه يصيبه الآخرون بأذى .

د - أعراض نفسية :

* القابلية للتهيج والقلق.

* الإحساس بأن الزمن يمر ببطء .
* التبلد الوجدانى .
* تفاوت الإحساس بين الانشراح والعنف الشديد.
* الإحساس بفقدان الكف : الأمر الذى يسمح للدوافع الجنسية والعدوانية المكبوتة بأن تعبر عن نفسها (والتر كوفيل : د . ت ، سوين : ١٩٧٩ ، محمد السيد عبد الرحمن : ١٩٩٩).

وهكذا : فإن الملاحظات اليومية التى يلاحظها الآباء والأمهات لأبنائهم المتعاطين التى تدل على أعراض التعاطى يمكن أن تنبههم إلى دخول أحدالأبناء فى دائرة الإدمان، مما يعجل بالتشخيص والتدخل المبكر .

الأسرة والوقاية من الإدمان

الوقاية: تشير إلى أى فعل مخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة، أومضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً ، وذلك بغرض وقف مضاعفاتها وهناك ثلاثة مستويات للوقاية :

أولاً : وقاية أولية Primary Prevention

ويقصد بها مجموعة الإجراءات التى تستهدف منع وقوع التعاطى أصلاً .. ويدخل فى ذلك : جميع أنواع التوعية : بالمحاضرات ، المشورات المطبوعة ، والملصقات ، والأفلام الموجهة...إلخ ، كما يدخل فيها : مجموعة الإجراءات التى تتخذ على مستوى الدولة سواء كانت إجراءات أمنية أو تشريعية لمنع المخدر ومن ثم منع وقوع التعاطى .

وفى محيط الأسرة فإن الوقاية الأولية من تعاطى المخدرات لها أهميتها البالغة – إذ أن الأسرة تستطيع القيام بدور هام من خلال تنشئة أفرادها تنشئة اجتماعية تتيح لهم إشباع حاجاتهم بطرائق تبتعد بهم عن التماس اشباعهم بأساليب سلوكية غير سوية كتعاطى المخدرات (حسن عبد العال : ١٩٨٨ ، ٥١، ٥٣) ، وذلك من

خلال:

أ- الوقاية من الإحباطات كسبب للإدمان : ومواجهة كل المواقف الصعبة فى الحياة ، ويتعلم عدم الانسحاب أمام مواقف الحياة الصعبة .

ب - تدريب الأبناء على عدم التفكير فى كل موقف يؤلمه ويسبب له المضايقات وتحليله على حقيقته - مما يجعله قادراً على اتخاذ رأى جديد فى هذا الموقف.

جـ - استغلال وقت الفراغ عند الأبناء بما يعود عليهم بالنفع ، واستغلال طاقة الشباب فى عمل ذى نفع للمجتمع والبيئة والربح المادى أو المعنوى على الفرد ، ويدخل فى ذلك ممارسة الأنشطة الرياضية والاجتماعية والثقافية.

د - أن يكون الوالدان قدوة حسنة ومثلاً أعلى لأبنائهما : فالأب الذى يدخن لا يستطيع التأثير على ابنه فى الابتعاد عن التدخين ... وإذا ضحك الأب مثلاً على شخص يدخن الحشيش فى أحد الأفلام وشاهده ابنه فسينمو الطفل وهو لا يحقر هذه العادة، وقد يمارسها أو يحاول أن يجربها فيخطو خطوة نحو الانحراف - وبالتالى فإن الآباء الذين يتعاطون المخدرات جهاراً مما لاشك فيه أن أبناء هم سوف ينجرفون سريعاً إلى الهاوية (عبد الحكيم العفيفى : ١٩٨٩، ١٨٠).

و - الوقاية من آثار الثقافات الفرعية السيئة : كأصدقاء السوء المستهترين ، الذين يتسمون باللامبالاة ، الذين لا يحرصون على تعاليم دينهم - لأن هؤلاء لاشك هم نواة التعريف بالمخدرات والبدء فى تعاطيها ، وعدم تهاون الآباء فى أمر انضمام الأبناء إلى جماعات منحرفة : فالابتعاد عن أصدقاء السوء يقلل من تعرض الأبن لتجارب غير مرغوب فيها كتناول الكحوليات والمخدرات (محمد عودة ، كمال موسى ١٩٨٦).

ز - الاندماج فى أنشطة اجتماعية وثقافية راقية بعيداً عن نوادى القمار والملاهى، والمقاهى لأنها كلها بؤر مريضة تشجع مرتاديها على الاتيان بما هو أشد خطراً وضرراً ، فإذا فعل الإنسان الأمور الخاطئة الصغيرة بارتياح ودون شعور

بالخطأ أو الإثم - فسوف يأتى الغد ليرتكب الخطايا الكبرى ، وهنا سيكون قد فقد كل شئ .

ح - التماسك الأسرى وإشاعة جو الحب والتفاهم بين أفراد الأسرة : فقد أثبتت الدراسات أن أصدقاء السوء لا يستطيعون التأثير على الأبناء الذين ينتمون إلى أسر مترابطة متمسكة بمكارم الأخلاق ، بينما يسهل على أصدقاء السوء التأثير على الأبناء الذين ينتمون إلى أسر مفككة لا تهتم بشئون أبنائها وتربيتهم التربية الصحيحة وتقويمهم تقويماً خلقياً يحول بينهم وبين وقوعهم فى شباك أصدقاء السوء (نايف المروانى : ١٩٩٢، ١٥٧).

ط - توفر الجو الأسرى الهادئ الخالى من المشاحنات والمشاكل المتسم بالإيجابية بين أفراده والذى تسوده روح المحبة والتعاطف والتعاون، وتحمل الوالدين مسئولية الأبوة والأمومة وأداء كل ما تفرضه تلك المسئوليات من واجبات .

ى - الثبات النسبى فى اتجاهات الوالدين الإيجابية نحو الأبناء، بحيث يتلاقى كل منهما معا ، وعدم ازدواجية العواطف نحو الأبناء، والضبط المعتدل لسلوكياتهم ، وإكسابهم السلوكيات التوافقية اللازمة لمواجهة العقبات ، وحمايتهم من الاضطرابات النفسية وعدم إهمالها مهما كانت بسيطة (محمد عودة ، كمال مرسى : ١٩٨٩، ٣٥٩).

ك - غرس القيم الدينية وتقوية الوازع الدينى ، والتذكير بآيات القرآن الكريم التى تنهى عن تعاطى المسكرات ، والتذكير بقول الرسول (ﷺ) :" **كل مسكر خمر .. وكل خمر حرام** ..": **ما أسكر كثيره فقليله حرام** وأن كل أنواع المخدرات حكمها حكم الخمر - لأنها جميعاً تذهب بالعقل وتؤدى إلى الهلكة.

ثانياً : وقاية من الدرجة الثانية (الوقاية الثانوية)

Secondary Prevention

ويقصد بها التدخل العلاجى المبكر ، بحيث يمكن وقف التمادى فى التعاطى لكى لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان ، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من

مضاعفات .. أى أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطى ، ولكنه لا يزال فى مراحله الأولى ، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه :

ويبرز دور الأسرة فى هذه المرحلة (الوقاية الثانوية) فى :

أ - الاكتشاف المبكر لتعاطى أحد الأبناء لإحدى المخدرات من خلال ملاحظة علاماته والتأكد من ذلك .

ب - البحث عن علاج سريع فى المراكز المتخصصة : فالعلاج المبكر قد تصل مدته بين شهر وأربعة شهور ، والخطوة الأولى فى العلاج هى إعطاء المدمن الأدوية التى تمنع ظهور الأعراض الناتجة عن الانسحاب ، ثم استعمال الأدوية التى تمنع ظهور المتاعب واللهفة على المادة المخدرة التى كان يتعاطاها الفرد.

جـ - البحث عن الأسباب التى دفعت الفرد للتعاطى : هل هى فى شخصية المدمن ، أم فى أسرته ، أم فى بيئته ، أم فى مجتمع العمل.

د - إقامة علاقات قوية بين المتعاطى وأسرته ومجتمعه : علاقات يتعرف من خلالها على ما حدث ، وفى نفس الوقت تفتح أمامه المجال لعلاقات نظيفة بعيدة عن أصدقاء السوء (أحمد عكاشة : ١٩٨٥، ٩٠).

ثالثاً : وقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention

ويقصد بها وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبى ، أو الطبى النفسى والسلوكى للحالة - وخاصة لدى الحالات التى لا تستطيع أن تكف عن التعاطى ، وإذا توقفت لفترات محدودة فهى لا تلبث أن تنتكس بالعودة إلى التعاطى مرة أخرى.

فقاعدة علاج المدمنين هى أن ثلث الحالات تشفى شفاء تاماً ، والثلث الآخر من المحتمل أن ينتكس عدة مرات قبل أن يصل إلى الشفاء، أما الثلث الأخير فإنه يرفض العلاج بدعوى أنه حر فى تصرفاته ومثل هذا المدمن عادة ما تنتهى حياته بمضاعفات جسمية وأمراض خطيرة أو اضطراب عقلى فيدخل مستشفى الأمراض العقلية ، أو يرتكب جريمة تدخله السجن. ولذا : فإن الوقاية من الدرجة الثالثة تهدف إلى استمرارية العلاج للمدمنين ومنع الانتكاس .. **ويبرز فيها دور الأسرة فى :**

أ - متابعة علاج المريض فى أحد المراكز العلاجية المتخصصة فى وجود هيئة التمريض والأخصائى الاجتماعى النفسى والطبيب النفسى.

ب - التدقيق فى نوعية الزوار للمريض خلال فترة العلاج وخاصة فى الأسبوع الأول حتى تنتهى أعراض انسحاب المادة المخدرة - فمن الأفضل أن تقتصر الزيارة على الأبوين حتى لا يقوم أحد الزوار بتهريب المواد المخدرة إلى المريض المدمن الذى يتم علاجه .

جـ - بعد العلاج والخروج من المستشفى إلى البيت فإنه - منعاً لحدوث النكسة - ينبغى الحذر من عودة المريض إلى نفس الرفقاء أو العودة إلى نفس الشلة ونفس الأماكن أو أماكن العمل التى كان يتردد عليها فيشعر المريض باللهفة خاصة إذا عرض عليه رفاقه التجربة والعودة للتعاطى زعماً بأنه قد شفى ولا خوف الآن - فمرة واحدة كفيلة بالنكسة .

د - تغيير الظروف الأسرية ومراعاة مشاعر المريض بعدم السخرية منه أو معايرته أو إشعاره بالذنب .. وعدم الشك فى صدق امتناعه عن الإدمان ، أو متابعة تصرفاته، ومطالبته بالبقاء بين الأهل، وقد يتدخلون فى حياته الخاصة - فيشعر بصراع شديد وخوف وترقب وصعوبة فى التأقلم . وقد تلجأ الأسرة إلى معاملته بطريقة تختلف عن الطريقة التى يعاملون بها باقى إخوته - إن ذلك يشعره بالفشل واليأس ... أضف إلى ذلك : أنه فى حالة الصراع بين الوالدين قد يستميل أحدهما الابن لصفه للهجوم على الطرف الآخر، أو عندما يلقى كلا الوالدين اللوم على الآخر بأنه السبب فى إدمان الابن .. ان ذلك كله قد يتسبب فى الانتكاس إلى الإدمان .. وعلى المعالج توجيه الأسرة إلى الأسلوب الأمثل لمعاملة الابن حتى لايشعر بالاغتراب، أو بأنه منبوذ ، وهو احساس إحباطى يؤدى إلى نكسة المدمن (أحمد عكاشة : ١٩٨٥، ٢٧-٢٨).

الأسرة والتدخل العلاجى للإدمان

يتألف العلاج المتكامل للإدمان من ثلاثة مكونات أساسية : أحدها طبى،

والآخر نفسي ، والثالث اجتماعي .

الأول : المكون الطبي :

وهو يقوم على أحد مبدأين رئيسيين :

- مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه .

- أو مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته.

* فإذا اختار المعالج المبدأ الأول : فانه ينتقى مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنه (من نفس الفصيلة) ، على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجياً حتى ينتهي الأمر غالباً الى فطام كامل للحالة.

* وإذا اختار المعالج البديل الثاني : فإنه ينتقى لذلك عقاراً (كالنالتركسون) يؤثر في سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً في مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته، ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية في جسم المدمن .. بمعنى أن المدمن لن يتأثر بالأفيون أو مشتقاته إذا تعاطاه مادام تأثير النالتركسون قائماً .. ويستمر الطبيب في إعطاء هذا العقار حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهي الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه الى حالة التوازن الفسيولوجي دون الحاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته ، وتنطفيء اللهفة إلى المخدر (مصطفى سويف : ١٩٩٦، ٢٢٨).

الثاني : المكون النفسي :

تقوم أساليب العلاج النفسي على مسلمة أساسية مؤداها : أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد (بما فيها التعاطي والإدمان) يتم اكتسابها وفقاً لقوانين التعلم واكتساب العادات ونموها : ومن ثم : فإنه يصدق عليها طرق وإجراءات تعديل العادات .. وبما أن ممارسة التعاطي إذا تمكنت من صاحبها وأدت به إلى الاعتماد والإدمان – فإنها تكون قد وصلت به إلى تكوين عادات شديدة الرسوخ . ومن ثم : فإن العلاج وتخليصه من استمرار التعاطي لن يكون أمراً هيناً، وسوف يستمر لفترة

زمنية تصل إلى عدة شهور ، تتبعها فترة أخرى من المتابعة قد تمتد إلى بضع سنوات بهدف التقويم الدورى والتدخل من حين لآخر للصيانة ضد الانتكاسات المحتملة، ومن طرق العلاج النفسى للإدمان ما يلى :

١- العلاج المتمركز حول الشخص : Person - Centered Therapy

وهو يشمل : تعليم المدمن الأساليب الصحيحة لمواجهة مشاكله بدلاً من الانسحاب واللجوء للإدمان ، وتصحيح فكرته عن نفسه، وتعليمه طرق مواجهة الواقع ، وتحمل مسئوليات الفشل، ووسائل السلوك البديلة بعيداً عن المخدرات إلى جانب تفهم مشاكل المدمن وجعله يشعر بالدفء العاطفى (عادل الدمرداش : ١٩٨٢، ١٢٠).

٢- العلاج السلوكى : Behavior Therapy

ويهدف إلى تعليم المدمن كراهية العقار المدمن عليه ، وذلك بتقديم العقار مقروناً بأدوية أخرى تترك آثاراً مؤلمة لدى المدمن. وبتكرار الاقتران تزول الآثار الإيجابية التى يحس بها المدمن حين تناوله للعقار ، كما يهدف إلى تعليم المدمن الوسائل الصحيحة لإزالة حالة التوتر ، وتعليم وسائل تأكيد الذات وتحقيقها (محمد عودة ، كمال مرسى : ١٩٨٦، ٣٦٢).

طريقة التنفيذ :

وقد استحدث بودن Boudin طريقة للعلاج السلوكى تعتمد على ثلاثة مقومات ، هى :

أ - تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها .

ب - التدريب على تقييم الذات بناء على ما يصدر عنها .

جـ - برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التى تصل إليها من البندين السابقين (مصطفى سويف : ١٩٨٦، ٢٣٠).

٣- العلاج التدعيمى الجماعى : Group - Supportive Therapy

ويهدف إلى تعليم المدمن أنماط السلوك الاجتماعى وأساليب التعامل مع

الآخرين ، وتزويده بـ مساندة، وتعليمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير، وتصحيح مفاهيمه الخاطئة عن الإدمان ، وتعليمه كيفية اتخاذ القرار من خلال المشاركة الجماعية وهو فى حالة من الوعى وبعث الأمل والطموح فى نفس المدمن بعدالعلاج ، وتعديل تفكيره وفلسفته فى الحياة (محمد عودة ، كمال مرسى : ١٩٨٦، ٣٦١).

٤- العلاج الأسرى : Family Therapy

فالأسرة هى خط الدفاع الأول، ومن ثم : فإن الرقابة المحكمة من الآباء تخلق إنساناً يستطيع أن يتحكم فى نفسه ويسيطر على نزواته ويكون أقل اندفاعاً وأكثر انضباطاً - ومن ثم يهدف العلاج الأسرى لحالات تعاطى المخدرات أو الإدمان عليها إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحيحة والسليمة مع الأبن المدمن، وإدراك الدوافع التى أدت إلى حالة الإدمان، وإعداد الأسرة لكى تستقبل المدمن بعد شفائه طبياً منعاً للانتكاسه ، إلى جانب علاج المناخ الأسرى الذى جاء منه المدمن، وحل الصراعات بين أفراد الأسرة خاصة بين الوالدين ، وتعديل أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة ، بالإضافة إلى علاج شبكة العلاقات الاجتماعية بين المتعاطى وبقية أفراد الأسرة (الوالدين والإخوة) : فالمتعاطى شخص منطو على نفسه ، يريد أن يساعده شخص يثق فيه ويعطيه تقديره واحترامه.

ويجب أن تدرك الأسرة عدة حقائق :

* أن الإدمان له علاج ويمكن الشفاء منه ، ومن ثم يجب الاسراع به حتى لايضيع الوقت والجهد والمال والاعصاب.
* أن انقاذ المدمن يحتاج إلى الصبر والنفس الطويل والاستمرار فيه بدون توقف.
* أن علاج الإدمان ليس فى توقفه عن التعاطى وإنما التوقف عن التعاطى هو الخطوة الأولى فى العلاج.
* أن العلاج الحقيقى للإدمان هو فى مواجهة الأسباب التى أدت إلى التعاطى.
* أن المعالج الحقيقى للإدمان ليس الطبيب وحده وإنما من إنسان قريب من المدمن يحبه ويساعده على الاقلاع.

* أعظم دواء للشفاء هو الحب بدون مقابل.

الوقاية خير من العلاج :

* أن مَنْ يتحمل مسئولية العلاج لابد أن يكون على علم بخصائص المادة المتعاطاة ، وتأثيراتها ، ومضاعفاتها، وأعراض الانسحاب منها ، ومظاهر التسمم بها ، وطبيعة شخصية المدمن ويعرف تفاصيل العلاج والخطط المستقبلية.
* أن العلاج يستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى عام أو عامين.
* أن يشترك المدمن فى تحمل مسئولية علاجه بنفسه (محمد سلامة الغبارى : ١٩٩١ ، ٩٥-٩٧).

٥- العلاج بالعمل : Occupational Therapy

ويشمل التدريب على حرفة أو عمل أو عدد من الأعمال أو الفنون الجميلة التى تصلح لمختلف المستويات العقلية وتلائم مختلف القدرات الجسمية - ويقصد بهذا التنوع أن يتمكن المدمن بعد العلاج من ممارسة أعمال ينجح فى أدائها .

٦- العلاج الدينى :

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية السليمة، ومن ثم : الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها ، وأن باب التوبة مفتوح على مصراعيه. ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم ، وحضور جلسات إرشادية جماعية يتبين فيها رأى الدين بشأن المخدرات والكحوليات ، ويبين فيها المنهج الدينى وكيف يعالج انتشار المسكرات التى كانت سائدة فى العصر الجاهلى.. وحضور مجالس الذكر وسماع آيات القرآن الكريم والدعاء ...إلخ .

الثالث : المكون الاجتماعى :

وهو يطلق على الرعاية اللاحقة للمدمنين - وتنقسم إلى قسمين :

١- إعادة التأهيل :

ويدخل فى ذلك : إعادة التأهيل المهنى والاجتماعى، والوصول بالمدمن الناقه

إلى مستوى مقبول من الأداء المهنى سواء فى إطار مهنته التى كان يعمل بها من قبل أو فى إطار مهنة جديدة.

٢- إعادة الاستيعاب الاجتماعى :

فنظراً لاقتران الإدمان بالتدهور الاجتماعى وتحلل الشخص من كثير من مسئولياته الاجتماعية، ومن ثم : يحتاج المدمن الناقه إلى إعادة التطبيع بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية التى كان يؤديها قبل إدمانه، أو ما يقرب من ذلك، ومساعدته على العودة إلى الحياة الاجتماعية العريضة والتوافق مع مقتضياتها باعتباره شخصية مستقلة فاعلة .. ويجب عدم الاستهانة بهذه العملية منعاً لعملية الانتكاس ورجوع المدمن الناقه إلى ما كان عليه قبل أن يتلقى العلاج الطبى النفسى (مصطفى سويف : ١٩٩٦، ٢٣١-٢٣٥).

المراجـع

١- ابن منظور : محمد بن مكرم (د.ت) : لسان العرب ، المجلد السابع ، القاهرة، الدار المصرية للتأليف والترجمة والنشر.

٢- البنك الدولى (١٩٨١) : تقرير عن التنمية فى العالم، واشنطون : البنك الدولى.

٣- التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ١٩٨٣، وزارة الداخلية ج.م.ع (١٩٨٤)، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المسابع الأيرية، ١٩٨٤.

٤- التوهامى المكى (١٩٨١) : ظاهرة تعاطى المخدرات فى أوساط الشباب بالمغرب، رسالة دكتوراه منشورة عرض : محمد الدريج ، المجلة العربية للدفاع الاجتماعى ، العدد ١٢، الرباط : جامعة الدول العربية – المنظمة العربية للدفاع الاجتماعى ضد الجريمة .

٥- أحمد سيد على ، كمال أحمد (د . ت) : مذكرات فى المواد المخدرة وأسلوب مكافحة جرائمها ، الرياض : وزارة الداخلية، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.

٦- أحمد الربايعة (١٩٨٤) : أثر الثقافة والمجتمع فى دفع الفرد إلى ارتكاب الجريمة، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب، ١٤٠٤هـ.

٧- أحمد عبد الله السعيد (١٩٩٠) : دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطى الحشيش بمنطقة الرياض ، رسالة دكتوراه منشورة ، الرياض : الحرس الوطنى ، إصدارات المهرجان الوطنى للتراث والثقافة ،١٤١٠هـ .

٨- أحمد عكاشة (١٩٨٤) : الطب النفسى المعاصر ، ط٤، القاهرة : مكتبة الإنجلو المصرية .

٩- أحمد عكاشة (١٩٨٥) : الإدمان خطر ، القاهرة : كتاب اليوم الطبى.

١٠- أحمد كيلانى (١٩٦٧) : ظاهرة تعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير مشنورة، جامعة دمشق.

١١- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦٤) : تعاطى الحشيش، القرير الأول ، القاهرة.

١٢- جمال الدين حسن بلال (١٩٨٢) : أضرار المسكرات والمخدرات النفسية، المؤتمر الإسلامى العالمى لمكافحة المخدرات، المدينة المنورة : الجامعة الإسلامية، ٢٧-٣٠ جماد الأولى ، ١٤٠٢هـ.

١٣- جمعان أبا الرقوش (١٩٨٤): دراسة لبعض عوامل السواء النفسى لمتعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى ، ١٤٠٤هـ.

١٤- حسن إبراهيم عبد العال (١٩٨٨) : التربية فى مواجهة ظاهرة المخدرات ، مجلة رسالة الخليج العربى ، العدد ٢٥، السنة الثامنة، ١٤٠٨هـ .

١٥- حسن مصطفى عبد المعطى ، راوية محمود دسوقى (١٩٩٣) : أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى متعاطى الأفيون - دراسة سيكومترية كلينيكية - مجلة كلية التربية - جامعة طنطا ، العدد ١٨.

١٦- حمود منصور (١٩٨٧) : عجائب المخدرات، دمشق : دار الفكر العربى للطباعة والنشر.

١٧- رزق سند (د . ت) : سيكولوجية النصاب ، بيروت : دار النهضة العربية.

١٨- زين العابدين درويش وآخرون (١٩٨٩) : التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية بين طلاب الثانوى العام والفنى - تحليل مقارن للمتغيرات المصاحبة، الكتاب السنوى فى علم النفس، المجلد السادس، القاهرة : مكتبة الإنجلو المصرية، ص٣٥٧-٣٨٤.

١٩- سامية محمد جابر (١٩٨٠) : الانحراف الاجتماعى بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعى، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

٢٠- سعد المغربى (١٩٦٣) : ظاهرة تعاطى الحشيش، رسالة ماجستير منشورة، القاهرة - دار المعارف .

٢١- سعد المغربى (١٩٦٦) : سيكولوجية تعاطى الأفيون ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب - جامعة عين شمس .

٢٢- سعد المغربى (١٩٨٦) : تعاطى المخدرات - المشكلة والحل، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٢٣- سعد جلال (١٩٧٠) : فى الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية ، القاهرة : دار الفكر العربى .

٢٤- سعود بن عبد العزيز التركى (١٩٨٩) : العوامل المؤدية إلى تعاطى المخدرات والمنظور الإسلامى لمواجهتها ، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، العدد الأول ،١٤٠٩هـ .

٢٥- شعبة العدالة والتشريع (١٩٨٦) : تقرير عن السياسة العامة لمكافحة المخدرات- لجنة مكافحة المخدرات بالمجلس القومى للخدمات ، القاهرة : المجالس القومية المتخصصة ، رئاسة الجمهورية .

٢٦- شعبة المخدرات بالأمم المتحدة (١٩٨١) : الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير، نيويورك .

٢٧- عادل الدمرداش (١٩٨٢) : الإدمان - مظاهره وعلاجه ، الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .

٢٨- عادل صادق (١٩٨٦) : الإدمان له علاج ، ط١، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : مؤسسة أخبار اليوم .

٢٩- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٨٧) : الدلالات الكلينيكية لاستجابات مدمن مخدرات باستخدام اختبار تفهم الموضوع (التات) - دراسة حالة ، مجلة علم النفس، العدد الثالث، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ٥١-٦٢.

٣٠- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٠) : الجريمة والأدمان ، بيروت : دار الراتب الجامعية.

٣١- عبدالرحمن موسى (١٩٨٣) : المواد المخدرة وطرق مكافحتها ، الرياض : وزارة الداخلية والأمن العام ، الإدارة العامة للتدريب والتعليم المبرمج ، ١٤٠٤هـ .

٣٢- عبد السلام الشيخ (١٩٨٨) : بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير ، مجلة علم النفس، العدد الثامن، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١١-٢٧.

٣٣- عبد العزيز أحمد شرف (١٩٧٨) : المكيفات ، القاهرة : دار المعارف.

٣٤- عبدالله السيد عسكر (١٩٨٦) : تعاطى الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة الزقازيق.

٣٥- عبد الحكيم العفيفى (١٩٨٤) : ظاهرة تعاطى المخدرات وأثرها على التنمية الاجتماعية ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بسوهاج - جامعة أسيوط.

٣٦- عزت حسنين (١٩٨٤) : المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون، الرياض : دار الناصر للنشر والتوزيع.

٣٧- فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٧): سيكولوجية الإدمان - رسالة دكتوراه منشورة، القاهرة : عالم الكتب.

٣٨- فاطمة محمد صالح المحضار (١٩٨٥) : المخدرات وأضرارها على الفرد والمجتمع وطريق الخلاص منها، الرياض : الإدارة العامة للنشاطات الثقافية، وكالة شئون الشباب ، ١٤٠٥هـ.

٣٩- ماهر نجيب إلياس (١٩٨٦) : دراسة سيكولوجية لمتعاطى الماكستون فورت المخدر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

٤٠- محمد المروانى (١٩٩٢) : الإدمان والمدمنون - دراسة نفسية / اجتماعية ، دمشق : دار البيروتى.

٤١- عبد الحكيم العفيفى (١٩٨٦) : الإدمان ، القاهرة : الزهراء للإعلام العربى.

٤٢- عبد المنعم محمد بدر (١٩٨٥) : مشكلة التعامل مع المخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم العربية والاجتماعية بالقصيم، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، ١٤٠٥هـ.

٤٣- محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٩) : علم الأمراض النفسية العقلية ، جـ٢، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٤- محمد بيومى على حسن (١٩٨٧) : الأحداث الجانحون وتنشئتهم الأسرية، المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر ، القاهرة : مركز التنمية البشرية والمعلومات.

٤٥- محمد رشاد كفافى (١٩٧٣) : سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطى الحشيش، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس .

٤٦- محمد رشاد كفافى (١٩٨٠) : تعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس .

٤٧- محمد رمضان محمد (١٩٨٢) : دراسة سيكولوجية المتعاطى للمخدرات (الحشيش) ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب جامعة عين شمس.

٤٨- محمد شرف (١٩٨٠) : الهيروين واللياقة البدنية ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤٩- محمد عودة ، كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٦) : الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام ، الكويت : دار القلم .

٥٠- محمد سلامة الغبارى (١٩٩١) : الإدمان : أسبابه ، ونتائجه ، وعلاجه ، الاسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث.

٥١- مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٧) : المخدرات والشباب فى مصر : بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة داخل قطاع الطلاب. القاهرة : منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٥٢- مصطفى سويف (١٩٩٦) : المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية . سلسلة عالم المعرفة (٢٠٥) الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٥٣- ناصر ثابت (١٩٨٤) : المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات، الكويت ، منشورات ذات السلاسل، ١٤٠٤هـ.

٥٤- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - أ) : علاقة الذكاء والسمات المرضية بأدمان الهيروين ، المؤتمر السادس لعلم النفس فى مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة .

٥٥- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠- ب) : دينامية شخصية مدمن الهيروين، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق ، ملحق العدد (١١) - السنة الخامسة، ٣٥٥.

٥٦- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠- جـ) : علاقة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان ، مجلة كلية التربية جامعة المنيا.

٥٧- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - د) : دراسة أكلينيكية متعمقة - دراسة حالة مدمن هيروين ، مجلة علم النفس، العدد ١٦، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٨٦-١١٦.

٥٨- والتر ج كوفيل ، تيموثى ، د . كوستيلو ، فابيان ل . روك (د.ت) : الأمراض النفسية ، ترجمة محمود الزيادى ، القاهرة : مكتبة سعيد رأفت.

59-Alkse, H. (1980): The life cycle of addiction: A conceptual frame work for examination of careers in drug abus. Unpublished P.H.D. Dissertation, submitted to University of New York.

60- Deforest, F.W., Robert, M., Haush (1974) : Drug abuse : A family affair, Fournal of Drug Issues, 4 (2), 120-134.

61- Donovan, J.E. Jessor, R.R. (1978) : Adolescent problem drinking : Psychosocial correlates in national sample study . Journal of Studies on Alcohol, 39 (9), 16-1624.

62- Earl, W.(1983) : Absent father and problem behavior; A comparison of Chilren from broken and nonbroken homes. Western Michigan University, 1-12.

63- Gergen, M.K., Gergen, K, K.J. Morse, S.J. (1973) : Correlates of marijuin use among college students. Journal of Applied psychology, 2,1-16.

64- Heller, M.E., Mordkoff, A.M. (1972) : Personaliy attitutes of the young nonaddicted druge abuser. International Journal of Addict, 7, 174-179.

65- Herbert, A., Richard.U. (1981) : Adolescent marjuana abusers and their familes. Journal. of National Institute of Druge Abuse, 40, P.17.

66- Hiett, L. & Ziegler, D. (1976) : Personality. London : Mc Graw Hill Logakusha Ltd.

67-Kandel, D : (1974) : Inter and Intera generational infeluences on adolescent marijuana use. Journal. of Social Issues. 30, 2, 107-135.

68-Kroll, P.D. Stock, D.F. James, M.E. (1985) : The behavior of adult alcholic men abused as childern. Journal. of Nervous & Disease, 173 (11), 689-693.

69- Louris, I.S. (1977) : The Phenomenon of the abused adolescent : a Clinical study . Victimology, 2 (2), 268-276.

70- Mukhergee, B.M., Scherer, S.E. (1971) : A multivariate study of self ideal congruence among drug used and non - users when social desirability factor is controlled Personality. New Zealand : Paliner Ston north.

71- Pugo, A. M. (1980) : Family headship and drug addition among male Puerto - Rica youths. Unpublished ph. D. Dissertation, submitted to Ordham University.

72- Rathod, I (1975) : The addict, abstinence, and the family , American Journal. of Psychiatry, 132 (2), 154-157.

73- Stern, M. Northman, I. E, Van - Slyck, M.R. (1984) : Father's asbsence and adolescent problem behaviors : Alcohl consumption, drug and sexuality. Adolescence,19 (74), 301-312.

74- Wilson, H. (1980) : Parental supervision, a neglected delinquency . Beitish Journal. of crimionology. 20 (198), 203-235.

75- W.H.O. (1973) : Youth and drugs. Report of W.H.O. Study Group, Geneva.

الفصل السادس
الأسرة والاعاقة

- مقدمة .
- أثر الأطفال المعوقين على الأسرة.
- ردود الفعل الوالدية وميكانيزمات الدفاع :

١- الأنكار. ٢- اسقاط اللوم.
٣- الخوف. ٤- الشعور بالذنب.
٥- النحيب أو الحزن. ٦- الانسحاب.
٧- الرفض. ٨- التقبيل.

- حاجات الوالدين :

١- التواصل . ٢- تفسير سبب المرض.
٣- البحث عن علاج للطفل. ٤- طلب المساعدة.
٥- اقامة حياة أسرية عادية. ٦- الاعداد لمستقبل الطفل

- حاجات الطفل العوق :

١- التواصل ٢- التقبل
٣- حرية النمو .

- حاجات الأطفال الأسوياء فى الأسرة :

١- التواصل ٢- الاهتمام.
٣- التعامل مع المشاعر السلبية

مقدمة :

تمثل إعاقة الطفل صدمة لوالديه ، فالطفل الذى يولد أعمى قد لايكون قادراً على الابتسام استجابة للوالدين بينما يفعل معظم الأطفال المبصرين ذلك . والطفل الأصم لايستطيع أن يقلد الأصوات التى يمكن أن يسمعها الأطفال الأسوياء . والطفل المعوق بدنياً قد لايستطيع أن يخطو الخطوة الأولى. والطفل المتخلف تخلفاً شديداً قد لايستطيع أن ينطق أول كلمة. والوالدين ذوى الأطفال المعوقين قد يجدون قليلاً من الأفراح النمطية التى تعوض عن الاحباطات والمصاعب التى تنتج عن طفلهم . وقد تختفى الأحلام والأمال المتعلقة بمستقبل الطفل. والطفل الذى كان يجب أن يمثل امتداداً لذوات أبائهم يعمل بدلاً من ذلك على انكماش ذواتهم. وقد يكون بمثابة تهديد لاحساس الوالدين بالكرامه وتقدير الذات واحترامها . وينظر كثير من الأفراد إلى عملية انجاب أطفال أسوياء وأصحاء كأحد الأغراض الأساسية للوجود . وعند انجاب طفل معوق ، قد يعتبرون أنفسهم فاشلين فيما يعتبرونه واحداً من أهم أغراضهم فى الحياة.

وعلى حين لا تؤدى إعاقة الطفل بالضرورة إلى محو مباهج الوالديه، فإن الاشباعات التى يمكن أن تتحقق عن أفعال الطفل يمكن أن تختفى نتيجة لإحباطات تجربة الوالدين. وهناك كثير من التجارب المُرضية التى يمكن أن يتمتع بها والدا الأطفال المعوقين . فالاطفال المعوقين يمكن أن يحققوا أهدافاً يضعها الوالدان لهم أو يضعوها لأنفسهم .

وقد يتفاعل الوالـدان مع ميلاد طفل معوق أو مع تشخيص الاعاقة بطرق كثيرة مختلفة وبطرق قد لايمكن التنبؤ بها. وليس هـناك رد فعل تقليدى. وليس هناك رد فعل واحد يمكن تحديده بأنه ناضج ، جيد أو سئ . فردود الأفعال تعتبر نتائج للإحساسات . وقد تختلف احساسات الوالدين بشأن إعاقة الطفل لأن الوالد أو الوالدة يشعر بالاحباط، الضرر، الخوف، الذنب، الخذلان ، التناقض، أو اليأس .

فالوالدان يواجهان الطفل كل يوم وكل ليلة. ومع الأطفال الأصغر ذوى الإعاقة الشديدة، يمكن أن يكون التعرض للاحساسات السالبة دائماً . ولايستطيع والدى الأطفال ذوى الاعاقة الشديدة أن يتطلعوا إلى التخرج من المدرسة التى تحدد دخول الطفل إلى حياة خاصة به . إن الطفل المعوق يعتبر حقيقة لبقية حياة الوالدين .

وفى هذا الفصل سوف نتعرض لأثر الطفل المعوق على الأسرة، حاجات الطفل المعوق، حاجات الأطفال الآخرين فى الأسرة ، وحاجات والدى هؤلاء الأطفال المعوقون.

أثر الأطفال المعوقين على الأسرة

وقد اقترح روسين Rosen خمسة مراحل يمر بها والدى الأطفال المتخلفين عقليا منذ أن يعرفوا مشكلة طفلهم حتى يتقبلوا الطفل على ما هو عليه . ومن المحتمل أن تنطبق تلك المراحل على إعاقات أخرى بقدر انطباقها على التخلف العقلى. وتشمل مراحل Rosen الخمسة ما يلى :

١- إدراك المشكلة.

٢- التعرف على المشكلة الأساسية .

٣- البحث عن سبب.

٤- البحث عن علاج.

٥- تقبل المشكلة.

وفى ثنايا هذا الفصل الذى نتعرض فيه لعلاقة الطفل المعوق بأسرته ، فسوف نشير إلى مراحل Rosen المختلفة بغرض المناقشة.

هناك عدد من المتغيرات تؤثر على تفاعل الوالدين تجاه مقدم طفل معوق. وقد يكون لنوع إعاقة الطفل أثراً كبيراً على الأسرة وتفاعل أفرادها مع الطفل. وقد تبدو بعض الاعاقات مقبولة اجتماعياً أكثر من غيرها وبذلك تنشئ قليلا من الحرج للأسرة. فالاعاقات البصرية تثير قدراً من التعاطف عبر القرون. فالانجيل يشير

كثيراً للأعمى وابراء الاعمى. والحكومات تعطى اعفاء مضاعفاً من ضريبة الدخل للأفراد العميان. ولم تحظ أى إعاقة أخرى بتلك الميزة .

إن أنماط السلوك المتسمة بالاضطراب العاطفى للطفل ، والذى يعكس حالة الإعاقة ، قد يكون مغيظاً للوالدين وللآخرين لدرجة أن الحالة يمكن أن تصبح أكثر صعوبة فى القبول من الاعاقات الأخرى . والطفل المتخلف عقلياً أو الذى يعانى من صعوبات التعلم قد يكون عاجزاً فى مجالات معينة من مجالات النمو المعرفى والمهارات. وعلى أية حال ، فإن اعاقة الطفل بصعوبة فى التعلم قد لاتكون واضحة مثل إعاقة الطفل المتخلف عقلياً، وفى بعض الحالات قد يكون التكهن أوضح .

وهكذا فإن الاعاقات التعليمية قد تكون أقل ضرراً على الأسرة من التخلف العقلى. وعلى الجانب الآخر ، فإن " مذاق العسل" يزيد من صعوبة الاعاقة عندما يكون الطفل كسولاً أو غبياً ، فهو سوىّ عادة ، ولكنه ليس إلى حد بعيد.

وتعتبر درجة شدة الاعاقة متغيراً هاماً آخر فى التفاعل الوالدى تجاه الطفل المعوق. فقد يتضايق الوالدان إذا وُلد الطفل بيد مشلوله ، وقد يتضايقون أكثر إذا ما كان الذراع كله مصاباً، ولكن هذا الضيق لايبلغ مدى الضيق الذى يحدث إذا ما وُلد الطفل بدون ذراعين اطلاقاً. والطفل المعتدل قد لايتمتع بخواص بدنية مميزة توحى بالتخلف . ويرى درو وتشين Drew, Chinn (١٩٧٥) أن درجة الأثر ، الإحباط وخيبة الأمل لاترتبط بالضرورة ارتباطاً مباشراً بدرجة الشدة. ويذكرون أن بعض من والدى الأطفال شديدى التخلف الفعلى أشاروا إلى أنه على حين كان الأثر الأولى قاسياً، فقد كان من السهل عليهم التعرف على المشكلة الأساسية لأن حالات التخلف العقلى الشديد كانت واضحة عند الولد.

وهكذا فإن ادراك المشكلة والتعرف على المشكلة الأساسية قد تحدثان فى نفس الوقت عند الميلاد. وقد يدرك والدى الأطفال ذوى التخلف العقلى المتوسط أن هناك بعض المشكلات عندما يبدو النمو المعرفى الأساسى مفقوداً . ومع ذلك فإن التعرف الفعلى على المشكلة قد لايتحقق حتى يلتحق الطفل بالمدرسة ، ويفشل دراسياً، ويقيم ويحدد ضمن المتخلفين عقلياً. وحتى عند ذلك ، فإن الاعتراف بالمشكلة

الأساسية ، مشكلة التخلف العقلى ، قد يكون صعباً عند اخطارهم بالتشخيص. وقد يتمتع الطفل ذا التخلف العقلى المتوسط بجميع المظاهر الخارجية التى توحى بأنه طفل سوى ، فقد يكون شبيها أكثر من كونه غير شبيه بطفل سوى، ويثير ردود أفعال مشابهة لردود أفعال الأطفال ذوى صعوبات التعلم من خارج الأسرة.

وقد يؤثر المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة على أثر حالة الإعاقة فى الأسرة . وبعض الجماعات ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى يمكن أن تولى الخواص البدنية قيمة أكبر من الجماعات الأخرى . وقد تضمن المهن فى تلك الجماعة العمل اليدوى ، وبذلك تكون الإعاقات البدنية عيباً أكثر مما لدى الجماعات التى تتوفر لها بدائل مهنية أكثر. وعلى الجانب الآخر ، فإن الجماعات ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى المرتفع ، تميل إلى زيادة التأكيد على التعليم والتحصيل الفكرى. وأطفال هذه العائلات والتى تسبب إعاقاتهم قصوراً فى المهارات المعرفية يمكن أن يحبطوا والديهم بسبب عجزهم عن تحقيق الأهداف التى تحدد لهم من جانب والديهم .

إن قدوم طفل معوق إلى الأسرة يمكن أن يكون له بعض الأثر على تماسك الأسرة، وكون هذه الحادثة تعتبر أزمة من عدمه يعتمد على ثلاثة شروط أساسية : (١) طبيعة الحدث، (٢) موارد الأسرة، و (٣) كيفية تحديد الأسرة للحدث (Chinn, 1974)

ردود الفعل الوالدية :

كما ذكرنا من قبل ، فان الطفل يمثل امتداداً لذات والديه ، وميلاد طفل معوق يمكن أن يمثل تهديداً أو حتى دماراً للضمير الوالدى فالطفل شئ أوجده والداه أو أنتجاه معاً . فإذا كان الطفل جميلاً ، ذكياً ولبقاً ، فإن ذلك ينعكس ايجابياً على الوالدين . وعلى آية حال : إذا كان الطفل اذا كانت لديه عيوب بدنية، أو عقلية أو انفعالية ، فقد ينظران إلى ذلك كانعكاس سلبى عليهما حتى لو لم يرى الآخرون ذلك.

وقد يتمتع الوالدان بالنجاح ، وبعض الأفراد الراشدين لايحققون الوضع التعليمى والمهنى والاجتماعى الذى يعتبرونه مهماً. وقد يكونوا قادرين على تحقيق إحساس قوى بالرضا من خلال النجاحات التى يحققها أطفالهم . وإعاقة الطفل يمكن أن تستبعد امكانية بعض النجاحات التى كان الوالدان يتمنيان رؤيتها. وهكذا ينخفض كثير من الأمال والأحلام بميلاد الطفل المعوق، ويتفاعل الوالدين بأشكال مختلفة عندالتعبير عن احباطاته والضرر الذى لحق بهم .

الميكانيزمات الدفاعية Defense mechanism

١- الأنكار:

عندما يشعر الفرد بأن أمنه مهدد ، فانه يدافع ضد القوة الباغية. ويعتبر الإنكار Denial آلية دفاعية يمكن أن تظهر كرد فعل لهذا التهديد. وأستخدام آليات الدفاع يعتبر سلوكاً يومياً معتاداً يستغل للدفاع ضد التهديدات التى تتعرض لها الذات. وميلاد طفل معوق يشكل تهديدا خطيراً لمفهوم الذات لدى الوالدين . ويرى كانر Kanner (١٩٤٣) أن ذلك رد فعل عادى ، خاصة خلال المراحل الأولى للتوافق، ويقدم من أشكال الحماية الذاتية ضد الحقائق الأليمة. ويمكن للوالدين أن يعللا درجة الإعاقة أو ينكران وجود أى إعاقة أو مشكلة فى الأساس (Arbitman, Safford, 1975) . كما أن الوالدين يمكن أن يدعيا بأن قصور طفلهما ناتج عن الكسل، اللامبالاة أو نقص الدافع.

وعلى حين يكون استخدام آليات الدفاع أمراً معتاداً، والأنكار شيئاً شائعاً ، فانها تعتبر بشكل عام واحدة من أقل آليات الدفاع نضجاً وأقلها قبولاً من الناحية الاجتماعية . وهى آلية يمكن أن تكون عديمة الفائدة ومدمرة فى نفس الوقت . فهى عديمة القيمة لأن رفض تقبل حقيقة إعاقة الطفل لن يؤدى إلى اختفاء المشاكل . كما أنها مدمرة لأنه تعوق تقبل الطفل نفسه لقصوره ويمكن أن تعرقل التدريب الخاص الضرورى والعلاج (Wentworth, 1974).

والانكار الوالدى محبط ومغضب للمهنى. ومعظم القوانين تقضى بضرورة الحصول على مرافقة الوالدين قبل الحاق الطفل بفصول التعليم الخاص (تعليم

المعوقين). وعندما يرفض أحد الوالدين الاعتراف بوجود حالة إعاقة ، فقد يحرم الطفل من خدمات التربية الخاصة الملائمة، أو من العلاج الطبى والعلاج النفسى. واستعمال آلية الدفاع تلك يخلق توتراً فى العلاقة بين المهنى والوالد. ويجب أن يكون المهنى مدركاً للقلق البالغ الذى يقع على الأسرة فى ذلك الوقت وبسبب هذا القلق، فقد يكون الإنكار هو آلية الدفاع الوحيدة التى يستطيع الوالد استخدامها فى ذلك الوقت بالذات . وبمرور الوقت ، والصبر والدعم المتواصل ، يمكن أن يدرك هؤلاء الوالدان أن الطفل ليس وصمة فى حياتهم، وأنه على حين يجب تغيير الأهداف أو تعديلها ، فهناك كثير من السرور يمكن أن يحققه هذاالطفل المعوق. وهذا مجال من المجالات الهامة التى يكون فيها استخدام نظام الحديث المزدوج مفيداً لكل من يهمه الأمر.

٢- اسقاط اللوم Projection of blame

عندما تكون حالة الإعاقة واضحة جداً ، فقد يجد الوالدان أن الانكار ليس وسيلة مناسبة لحماية الذات. وعلى ذلك فقد يبحثون عن آليات دفاعية أخرى لتخفيف الإحباطات. ويعتبر اسقاط اللوم آلية دفاعية شائعة أخرى. ومثل الأنكار ، يعتبر اسقاط اللوم أحد آليات الدفاع الأقل نضجاً والأقل تقبلاً من الناحية الاجتماعية . وقد يكون اسقاط اللوم مدمراً لأنه كثيراً ما يتحول إلى عداوة .

ومن بواعث غضب الوالدين هؤلاء الاخصائيون المهنيون الذين لهم علاقة بالطفل والوالدين (كالأطباء ... مثلاً). وبدافع من الاحباط والغضب ، يمكن أن يلقى الوالدين باللوم على هؤلاء المهنيين عن حالة الطفل . وفى بعض الأحيان قد يكون هؤلاء الأفراد مسئولين بالفعل عن المحنة والاحباط الذى يصيب الوالدين. وقد تبرر الاحساسات السلبية فى بعض الحالات ، ولكن ليس بسبب إحداث حالة الإعاقة الأصلية للطفل. وبسبب عدم الكفاءة، أو نقص الاهتمام ، أو عدم اللياقة من جانب الأخصائى المهنى، يتعرض الوالدان للضرر والفزع فى مناسبات متعددة . ويعتبر الطبيب المعالج هدفاً للهجوم فى الغالب. وبعض أنواع الهجمات الشائعة التى يتعرض لها **أطباء التوليد** تشمل ، "لو أهتم الطبيب أكثر بزوجتى (أو بى) قبل

ولادة الطفل، لقد كان يعرف أن هناك خطأ وكان بوسعه أن يمنعه" ، " لو لم يتأخر الطبيب كثيراً فى الوصول للمستشفى، فقد كان من الممكن أن يكون هناك مبكراً بوقت يكفى للحيلولة دون حدوث شئ ما" ، " لو لم يستخدم الطبيب ذلك المقدار الكبير من المخدر ..." (Wentworth, 1974).

والطبيب غير الكفء الثانى هو **طبيب الأطفال** ، الذى " فشل فى تقديم الرعاية الكافية للطفل بعد الولادة" ، أو الذى " أهمل عندما كان الطفل مريضاً" . وعلى حين توجد حالات عدم كفاءة أو سوء ممارسة ، فإن حدوث تلك الأشياء قليل نسبياً. ومن المحتمل أن يكون الطبيب مسئولاً عن قلة الاتصال بالوالدين . ورغم مهارته فى الجوانب الطبية لمهنته ، فإن كثيراً من الأطباء يمكن أن يكونوا غير معدين اعداداً جيداً فى المهارات الاستشارية . ومن السهل نسبياً إخبار الوالدين أن لديهم طفلاً سوياً صحيح الجسم ، ولكن إخبارهم بأن طفلهم معوق يتطلب مهارة ، معرفة ، صبر، فهم ، وشجاعة فى بعض الأحيان . والعلاقة الجيدة بطبيب الأسرة شئ ضرورى . والآباء الذين يستمرون فى اسقاط اللوم على الأطباء يصبحون معادين فيما بعد . وقد تؤدى العداوة الى فقدان الثقة التى يمكن أن تعمم على مهنة الطب كلية. وهذا الموقف خطير بالنسبة للطفل، نظراً لأن الأطفال يمكن أن يرفضوا طلب النصيحة الطبية فى المستقبل مهما كانت ضرورتها .

والحالات من قبيل صعوبات التعلم والتخلف العقلى المتوسط يمكن ألا تشخص إلا فى وقت متأخر من دخول المدرس . وقد تقع مسئولية إخطار الوالدين باعاقة الطفل على عاتق **الطبيب النفسى أو الاخصائى الاجتماعى**. وقد يكون هؤلاء الأفراد مسئولين كذلك عن الحصول على موافقة الوالدين على إلحاق الطفل بفصول التربية الخاصة. وقد تكون قدرتهم على الاتصال والقيام بدور مساند وليس بدور ديكتاتورى ضرورية فى إنشاء اتجاهات والدية إيجابية نحوهم ونحو الموقف المدرسى ككل .

ويمثل المدرسون جماعة أخرى معرضة للهجمات الوالدية واسقاط اللوم. فالطفل يمكن أن يقضى عامين أو ثلاثة أعوام فى الفصول النظامية قبل أن يشخص

على أنه متخلف عقلياً أو ذا صعوبة فى التعلم. وقد لايعرف مدرس الفصل النظامى العادى أن الطفل معاقاً. وحتى لو أدركوا الإعاقة ، فان المدرسين العاديين غير مجهزين ولا معدين لمسايرة المشكلات التعليمية الناشئة عن الإعاقة . وفى هذا الموقف يكون الطفل بمثابة متعلم ضعيف أو بطئ التعلم. وقد تؤدى احباطات التعلم إلى مشكلات سلوكية تزيد من سوء نظرة المدرس للطفل. وعندما يكون لدى المدرس مشاعر سلبية نحو الطفل، فإن الوالدين يشعرون بها بسرعة. وعلى ذلك تسوء علاقة الوالدين بالمدرس. وعندما يكتشف الوالدان فى النهاية أن الطفل معوق ، فإن ذلك المدرس يمكن أن يكون كبش فداء ملائم . " **انه لم يعلم طفلى الأساسيات ، وتأخر فى كل عمله لدرجة أنه لايستطيع مسايرة الفصل**". تعتبر تلك العبارة جملة تقليدية يمكن أن يقولها الأب الغاضب. وبينما قد يكون بعض المدرسين مذنبين بسبب فشلهم فى تلبية الحاجات النفسية العاطفية والتعليمية للطفل فى الفصل العادى، فمن الواضح أنهم غير مذنبين بسبب احداث إعاقة الطفل.

٣- الخوف Fear

إن المجهول يولد القلق فى الفرد. والقلق بدوره يمكن أن ينشئ الخوف . وهناك مجهولات كثيرة يواجهها والدى الأطفال المعوقين لدرجة أن الخوف أصبح رد فعل طبيعى ومألوف. وعلى حين يعرف الأخصائى المهنى كثيراً من حالات الاعاقة والتكهن بالنسبة للأطفال المعوقين والموارد المتاحة لهم ، فان كثيراً من الوالدين قد يسمعون عن الاعاقة صراحة قبل الميلاد. وقد تبدو بعض المخاوف وحالات القلق سخيفة بالنسبة للأخصائيين المهنيين . ومع ذلك فإن تلك المخاوف تعتبر احاسيس ومشاعر أصيلة ويجب الاعتراف بها، ويكون الاستماع لها بحساسية والاستجابة لها بشكل سليم. وحتى يزود الوالدان بمعلومات كافية، فسوف تستمر تلك المخاوف . ولسوء الحظ : لاتوجد اجابات جاهزة لكل الأسئلة التى يحتاج الوالدان الرد عليها . وقد يوجد قدر معين من القلق . ومن بين المخاوف أو الأسئلة الشائعة ما يلى :

"ما الذى سبب هذه الإعاقة، وإذا أردنا انجاب أطفال آخرين، فهل سيصابون بتلك الاعاقة؟ . كيف ينظر اصدقائنا وأقاربنا إلينا وإلى الطفل؟ " . "هل يتحتم علينا أن نرعى الطفل باستمرار، وهل سيستطيع الطفل أن يهتم بنفسه فى يوم من الأيام؟". "ما الذى سيفعله ذلك بأسرتنا؟". " ومن الذى سيرعاه عندما نعجز عن رعايته" . هذا مجرد قليل من الاسئلة الكثيرة التى يحتاج الوالدين للاجابه عليها .

وكما يقول فرويد Froyd (١٩٧٣) فان الوالدين تعوزهم المعرفة والخبرة، وبذلك ليس لديهم خلفية مفهومية يبنون عليها أمالهم أو يتحكمون بها فى مخاوفهم . وقد يتوفر للأخصائى المهنى كثيراً من الاجابات الجاهزة وبامكانهم الرد على أسئلة الوالدين. ويمكن توقع كثير من الأسئلة، ولابد أن يكون الأخصائيون المهنيون قادرين إما على الاجابة عن تلك الأسئلة أو الاستجابة بتزويدهم بمصادر متاحة يمكن أن يجدوا فيها الإجابات التى يريدونها.

وعندما يبلغ الوالدين بأن الطفل معوق، يتعين تقديم قدراً معيناً من المعلومات الأساسية فى معظم الحالات. وهناك خطر ينطوى عليه تزويد الوالدين بقدر كبير من المعلومات عندما يفاجآن بحقيقة إعاقة الطفل. وقد لايكونان قادرين على توصيل معلومات أكثر فى ذلك الوقت. وهناك قدر مماثل من الخطر فى تزويد الوالدين بمعلومات غير كافية عندما يحتاجونها ، وعندما يكتسب الأخصائى المهنى خبرة فى التعامل مع الوالدين، فيمكن أن تنشأ القدرة على الإحساس بحاجات الوالدين. وهذا التخمين ليس موهبة سحرية. إن عملية الاتصال الايجابى تساعد على تطوير تلك الموهبة. والمتابعة الدقيقة يمكن أن تزود الوالدين بمعلومات إضافية كما هو مسموح به.

٤- الشعور بالذنب Guilt

فى بعض الأحيان تملى الطبيعة البشرية بأن يقيم اللوم عن الأفعال الخاطئة فى مكان ما . وبالنسبة للكثيرين، يمثل ميلاد طفل معوق عملاً خاطئاً . والشخص المعوق شخص غير سوى. وبعض الأفراد الذين يشعرون بأن كل شئ يجب أن يكون مرتباً ومنطقياً يعتقدون أن اللاسواء خطأ وأن شخصاً ما أو شيئاً ما مسئول عن

هذا الخطأ. وفى بعض الأحيان يتبع الوالدان هذا الخط من الجدل ، وعندما لايستطيعون القاء اللوم فى مكان ما ، فإنهم يحولونه إلى ذواتهم. ويبدأون فى البحث عن إيجاد شئ فى حياتهم أو فى سلوكهم يكون مسئولاً عن حالة الاعاقة تلك. وعندما يمعنون النظر بشكل كاف، فقد يظهر شئ ما يمكن أن يبدو لهما كسبب منطقى. وقد يأخذ الشعور بالذنب شكل تجريم الذات Self-incrimination عن الأخطاء السابقة وتكون العقوبة فى شكل طفل معوق، وقد يتبع الشعور الذنب خطوط أكثر منطقية. ويعتقدون أنه من الممكن أن يكون الوالد – دون قصد – مسئولاً عن حالة الإعاقة . ومثال على ذلك الحصبة الألمانية التى تصيب الأم الحامل يمكن أن تؤدى الى إصابة الطفل بالعمى ، أو التخلف العقلى أو بالكساح .

ويمكن أن يحقق الشعور بالذنب بعض الأغراض المفيدة فى الحالات التى يحول فيها دون تكرار سلوكيات غير ملائمة معينة. وإذا افترضنا أن اللوم لن يؤدى إلى اختفاء المشكلة، فإن الشعور الشديد بالذنب يمكن أن يقضى على مفهوم الذات الايجابى لدى الوالدين. والعمل صعب مع الوالدين اللذين يشعران بالذنب ، فإن الشعور بالذنب صعب التخلص منه. والأخصائيون المهنيون الذين يعملون مع الوالدين الذين يتعرضون للشعور بالذنب يمكن أن يساعدوا هؤلاء الناس على توجيه جهودهم إلى أنشطة أكثر انتاجاً بعد أن يحدث الاتصال الحقيقى بينهم ويستمر عبر العلاقة .

٥- النحيب أو الحزن Mourning or Grief

عندما تتأكد الحقائق ويبدأ الوالدان فى إدراك ماحدث، يمكن أن يكون رد فعلهم هو الحزن أو النحيب (Stark, Slonit, 1961) . ويعتبر الحزن رد فعل طبيعى لمواقف تجلب ألماً شديداً وخيبة أمل. إننا جميعاً نحزن على فقد شئ نحبه أو نقدره. ويمثل ميلاد طفل معوق ضياع حلم وأمل – فى ابن أو ابنة سوية وصحيحة البدن. كما يمكن أن يمثل ضياع الصورة الذاتية الإيجابية للوالدين. وبالنسبة للوالدين : فإن هذا الميلاد يمكن أن يبدو أكثر شبها بالوفاة. لقد بدا الطفل سوياً فى رحم أمه. وكلمة واحدة. " أصم" ، " أعمى" أو " متخلف عقلياً" تساوى كلمة وفاة ذلك

الطفل السوى" . فمكان الطفل السوى يوجد طفل آخر .

إننا نظن أنه يبدو غريباً وهو يتصرف بشكل غريب. إننا لانعرفه فى واقع الأمر. نحن خائفون منه . من أين أتى؟ ولماذا أتى؟ ، ماذا سيفعل لنا ولأسرتنا؟، ماذا سيظن أصدقاؤنا؟ - إننا لانريده حقيقة. ولكن ماذا يمكن نفعل معه ؟ إنه أمر مؤلم. هل يهتم أحد بشعورنا؟ أننا نرقد يقظين ليالى طويلة لأننا لانستطيع أن ننام. ثم ننام فى النهاية. ولكنه لايزال موجوداً عندما نستيقظ .. أشعر بالميل للبكاء. أنا لا أستطيع أن أبكى. فالكبار لايبكون ، الأطفال فقط هم الذين يبكون . لماذا أنا بالذات؟ لماذا؟ .

والوالد الذى لم يعلم بعد أن طفله معوق قد يفشل فى رؤية القوة الخفية تحت الواجهة المخيفة المحزنة. والأخصائى المهنى بحاجة إلى معرفة أنه عندما يحزن أحد الوالدين ، فإن هذا الحزن يعتبر عملية ضرورية، وأن عملية الشفاء "معجزة" يمكن أن تحدث مع الزمن. ويتعين علينا أن نسلم بحق الوالد فى خوض هذه العملية قبل أن يعلم بحالة هذا الطفل، قبل أن يرى كيف سيتعلم ، وكيف يمكن بناء آمال وأحلام جديدة .

والوالد الذى يشعر بالحزن يمكن أن يشعر بالرغبة فى موت ابنه المعوق ، بدون وعى منه فى الغالب (Begab, 1966, Hart, 1970) . لقد كان معروفاً أن الوالدين يطبعون أطفالهم ويعلنون أن الطفل ولد ميتاً. ويرى جروسمان Grossnan (١٩٧٢) أن هذه الاحساسات والمشاعر يمكن أن تعمل بين الذُرية السوية.

وعلى حين يعجز بعض الوالدين عن الاعتراف بتلك الاحساسات على مستوى شعورى ، فإن البعض الآخر يدرك هذه الاحساسات بوعى ويكون على استعداد للتعبير عنها بشكل علنى. لقد كان بعض الوالدين مستعدين للمخاطرة والتعرض للوم برفضهم السماح باجراءات طبية لانقاذ الحياة وحتى يطالبون بتوقف نظم مساندة للحفاظ على حياة الطفل. وهذه القرارات تثير قضايا أدبية وخلقية خطيرة. لقد وضعت الأخلاقيات فى الأديان السماوية قيمة عليا للحياة البشرية لدرجة أن القتل الرحيم euthanasia لم تكن البديل المقبول اجتماعياً. وكان المجتمع بشكل عام

يتحرك فى اتجاه زيادة تقبل الأفراد المعوقين . وعلى الجانب الآخر : هناك حركة متزايدة تؤيد حق الفرد فى الاختيار وحقه فى الموت " بكرامة" . وحتى لو تم الاعتراف بهذا الحق، يظل هناك سؤال يتعلق بالطفل الذى لايستطيع الاختيار. ويتم مواجهة التشعبات القانونية فى المحاكم. ويرى درو وآخرون . Drew et al (١٩٧٥) أن الأفراد الذين يواجهون قراراً مخيفاً قد لاتتوافر لديهم معلومات كافية عن نوعية الحياة المحتملة التى يمكن أن يحياها الطفل فى الوقت الذى يجب اتخاذ القرار الصعب فيه.

٦- الانسحاب Withdrawal

هناك أوقات نحب ونحتاج لأن نختلى فيها بأنفسنا . والاختلاء بالنفس يتيح لنا وقتاً نكون فيه بعيدين عن الآخرين . وقد نكون وحيدين جسمياً مختلين بأنفسنا بالفعل ، وقد يكون حولنا آخرون ولكننا نكون وحدنا، لأننا نريد أن نبعد أشخاصاً بعينهم من أفكارنا ومن التفاعل معنا . والانفراد يعطينا نوعاً من الحرية - حرية التفكير بأنفسنا، نستريح ، نتأمل، ونعمل أشياء فى عالمنا الخاص. ويمكن أن تكون العزلة علاجاً . فهى تعطينا راحة من الضغوط التى تحيط بنا، بعيداً عن مشكلات أى شخص آخر، وبعيداً عن عالم الآخرين الذى لانريد أن نشاركهم فيه. ويمكن أن نكون بمفردنا فى المكتب أو فى البيت حتى برغم أننا نكون محاطين بالآخرين . ونستطيع أن نكون بمفردنا بالانفصال عاطفياً عن وجود الآخرين، أو بالسماح لأفكارنا بالتجول فى مكان آخر. ونستطيع أن ننفرد بأنفسنا جسمياً بالتنزه لمسافة طويلة أو بالمشى على الشاطئ ومشاهدة سرطانات البحر الصغيرة (الكابوريا) تتواثب على الرمال. ونستطيع اغلاق الباب وابطال التليفون . ونفتح جهاز التليفزيون ونختلى بأنفسنا .

والانفراد يمكن أن يتيح لنا الوقت لترتيب أفكارنا . وتجميع عالمنا الشخصى المضطرب وهمومنا . ويمكن أن يعطينا الوقت الكافى لتحليل مشاكلنا، والنظر فيها بامعان ، وتقرير خطة عمل. إن العزلة ضرب من ضروب الانسحاب. ويمكن أن يكون للانسحاب قيمة علاجية ، كما يمكن أن يكون جزءاً من عملية شفاء كلية. وهو رد فعل

معتاد ومميز لوالدى الأطفال المعوقين (Mckibbin, 1972).

ورغم أن الانسحاب يعتبر علاجياً فى كثير من الحالات ، فإنه يمكن أن يكون مدمراً. فالانسحاب نوع من الانعزال ، والانعزال المطول يمكن أن يكون ضاراً للوالدين. وقد يختار الوالدان أن يعزلا انفسهما بسبب شعورهما بالخزى والذنب . وقد ينسحبان من الأصدقاء، والأقارب والإخصائيين المهنيين ، أو الأنشطة التى يمكن أن تسهل عملية الشفاء . وعن طريق الانسحاب ، يستطيع الوالد أن يحيط نفسه بحاجز واقى من الألم الخارجى ، إن لم يكن من الاصابة الداخلية . والابتعاد عن الوظائف الاجتماعية يحمى من الأسئلة التطفلية عن الأبناء والأسرة . والابتعاد عن المطاعم والأماكن العامة الأخرى يبعد " العيون الناقدة من الحملقة فى الطفل المعوق"

٧- الرفض Rejection

يعتبر التقبل أحدى الحاجات البشرية الأساسية. والأدبيات تفيض بالاشارات إلى الحاجة للتقبل . وسوف نواصل تأييد الفكرة القائلة بأن التقبل مطلب أساسى للتواصل الفعال، والصورة العقلية للوالدين هى الدفء والحب والقبول. ومع ذلك يميل الرفض إلى حمل نغمات سلبية قوية. وكل منا تقريباً شعر بالرفض فى وقت من الأوقات فى حياته ويتذكر بألم – تلك الأحداث المرتبطة بالرفض .

والوالد الذى يرفض طفله يمكن أن يكون نفسه قد تعرض للرفض والاحتقار "لافتقاره المزعوم للقيم الانسانية". ومن السهل تجاهل الحقيقة القائلة بأن كل والد يرفض طفله السوى فى فترة من الفترات . فالطفلة التى تسكب العصير على فستانها فى الوقت الذى تتجه فيه الأسرة لتناول العشاء خارج المنزل تشعر باحساسات الرفض . والطفل الذى يفسد اجازة والديه بشجاره مع ابن عمه يشعر بالرفض. والطفلة التى تنتابها نوبة غضب فى الحانوت لأنها لاتستطيع الحصول على عروسة جديدة تشعر بالرفض. ونحن نرفض السلوك الذى نعتبره غير مقبول وغير سار. وفى مرات عديدة لانرفض فقط ولكننا نرفض مصدر السلوك أيضاً.

وعندما يكون من السهل إفشاء إحساسات الرفض نحو أطفالنا الأسوياء الأصحاء ذوى التصرف السليم ، فمن المفهوم لماذا يفشى والدى الأطفال المعوقين إحساسات الرفض.

ويتخذ الرفض عدة مظاهر مختلفة . وكثير من الوالدين الذين يرفضون طفلهم لا يستطيعون البوح بذلك للآخرين أو حتى لأنفسهم ، وقد يكون الرفض سطحياً، ومتظاهراً بالتقبل. ويعرف جلاهر Gallaher (١٩٨٦) الرفض الوالدى بأنه " اعتقاد دائم وقوى في قيم سلبية غير واقعية للطفل لدرجة أن سلوك الوالد تجاه الطفل يتأثر بشكل غير واقعى بنغمته السلبية. ويستطرد Gallagher قائلا أن هناك أربعة أشكال يظهر فيها الرفض الوالدى :

١- **توقعات منخفضة قوية للانجاز:** والوالدان اللذان يرفضان بهذا الشكل يفشلان فى التعرف على خواصة الايجابية . وهما يقللان من قيمة قدراته، وعندما يحددان أهدافاً، فإن هذه الأهداف تكون متدنية (منخفضة)، وغالباً ما يدرك الطفل نفسه تلك الاتجاهات ويبدأ فى الاعتقاد بصحتها، ويتصرف طبقاً لذلك، ويساعد على خلق نبوءة تحقيق الذات.

٢- **وضع أهداف غير واقعية :** قد يظهر الوالدان رفضهما من خلال تحديد أهداف عليا غير واقعية لأطفالهما . وعندما يفشل الأطفال فى تحقيق تلك الأهداف الصعبة ، يشعر الوالدان بأن اتجهاتهما السلبية لها ما يبررها.

٣- **الهروب :** قد يرفض الوالدان أطفالهما عن طريق الهروب. وثمة شكل ظاهر من اشكال الهروب يتمثل فى الهجر. فالوالدان يمكن أن يحاولا التخلى عن الطفل، ويحاولان عرض الطفل للتبنى، أو فى بعض الحالات يحاولان التخلى عن نظام الأسرة . وتتم محاولة للابتعاد عن الطفل بقدر المستطاع أثناء فترات اليقظة . ومن بين وسائل الهروب الشائعة الأعمال التى تتطلب أسفاراً كثيرة أو ساعات عمل متأخرة : الرحلات المتكررة ، المعسكرات ، أو رحلات الصيد عندما يكون الأطفال فى عطلة نهاية الأسبوع . وقد يضع الوالدان الطفل فى مكان سكن

بعيد عندما يكون متوفراً أو متاحاً .

ويتعين أن يتوخى الاخصائيون المهنيون الحذر فى الحكم على الأباء الذين يودعون أطفالهم المعوقين فى المؤسسات ، فالابداع فى المؤسسات لايتضمن الرفض بالضرورة. وفى بعض الأحيان يكون الايداع فى المؤسسات بمثابة أهم بديل ممكن لرعاية وتعليم الطفل. وفى بعض الأحيان يمثل الالحاق السكنى مصالح رئيسية للأسرة ككل .

٤- **تكون رد الفعل (التكوين العكسى)** : ويمكن أن يعبر الوالدان عن رفضهما من خلال التكوين العكسى . ونظراً لأن الأباء يكونون غير قادرين على الاعتراف لأنفسهم أنهم لايريدون الطفل ولايحبونه، فانهم يمكن أن يعرضوا صورة مختلفة لأنفسهم علناً . فقد يحاولون إعطاء الانطباع للآخرين بشكل ملائم عن طريق الجمل المتكررة التى تعبر عن حبهم للطفل . وهؤلاء الأباء يضعون أنفسهم فى موقف لايحسدون عليه ، فإذا عبروا عن احساساتهم الحقيقية الرافضة للطفل فانهم يتعرضون لمخاطرة الانكار الاجتماعى. وإذا عبروا عن احساس موجب نحو الطفل علناً لايتفق مع احساساتهم الحقيقية فإنهم يخدعون الآخرين ويخدعون أنفسهم. وعندما يكتشف الوالدان أن طفلهما معوقاً فانهما يتعرضان لاضطراب مؤقت. واضطراب القلق المؤقت شكل من الاضطراب الوجدانى . وهو يعتبر نتيجة شائعة وطبيعية لكم غير منظم من القلق. وكل فرد تقريباً يشعر باضطرابات قلق مؤقت فى فترة ما من فترات الحياة . وتنشأ تلك الاضطرابات بسبب فقدان شخص محبوب أو عن أزمة عاطفية أخرى مثل : الطلاق أو فقد العمل. ولحسن الحظ ، فإن تلك الاضطرابات مؤقتة. ونحن قادرون فى العادة على التكيف مع معظم المصائب ، وينتهى الاضطراب . واذا لم يتم حل المشاكل ، فإن الاضطراب يمكن أن يستمر . ومن المأمول أن نتمكن من حسم الانفعالات التى درسناها والتى يمكن أن تكون عرضاً لاضطراب القلق المؤقت عندما يتوفر للوالدين الوقت الكافى لحسم احساساتهم .

ولا نستطيع أن نبالغ فى التأكيد على الدور المساند للأخصائى المهنى للعمل مع أسر الأطفال المعوقين ، وقد نفضل كأخصائيين أن نرى أحد الوالدين فى مرحلة الانسحاب بأسرع ما يمكن . وإذا أردنا نقدم له الدعم ، فيجب أن نساعده على الانسحاب . ويجب أن نعطيه حرية الاختيار فى أن يحزن اذا أحس بالحاجة إلى ذلك . أننا لانستطيع أن نفرض الاحساسات ولكننا نستطيع تحديد الاختيارات ، البدائل ، النتائج، والاتجاهات الممكنة بعد احترام الاحساسات وحسمها . ومن المأمول، عندما تتاح الفرصة للزمن لكى يمارس سلطاته فى الاشفاء، أن يصل الوالد الى مرحلة القبول.

٨- التقبـل Acceptance :

التقبل هو الخطوة الأخيرة فى الطريق الشاق الطويل الموصل الى التوافق بالنسبة للوالدين . ويمكن أن ينشأ التقبل فى مجالات ثلاثة : (١) تقبل أن الطفل معوق . (٢) تقبل الطفل . (٣) تقبل الذات.

ويعتبر تقبل الطفل خطوة أساسية هامة فى عملية الشفاء والنمو . وتتضمن تلك الخطوة للأعتراف بقيمة الطفل كما هو . فهو طفل أولا وأخيراً . إن له احساسات ، رغبات ، وحاجات مثل باقى الأطفال. ولديه الدافع للاستمتاع بالحياة وامتاع الآخرين. ويستطيع والداه أن يضعا له أهدافاً واقعية قابلة للتحقيق، ويستطيع تحقيق هذه الأهداف أن يجلب الرضا، الفخر والسرور لنفسه ولوالديه. إنه شخص ، وشخص حقيقى وهام جداً.

والعملية الكلية الموصلة لتقبل الذات عملية طويلة وصعبة بالنسبة للوالدين. وهى مليئة بالألم، والاحباط، والشك فى الذات. وبشكل ما ، وبرغم كل الآلام والتجارب الموهنة ، فإن الوالدين يستطيعان الخروج من هذه التجربة باعتقاد راسخ بأنهما والدين لطفل شديد الإعاقة، وأنهما أفراد جديرون بالاحترام من الآخرين ومن أنفسهم ، ولن تقل قيمتهم كأعضاء فى الجنس البشرى. وبالعكس فان قيمتهم تتعزز. إنهم لم يجتازوا أزمة رئيسية فقط ولكنهم أصبحوا أقوى وأعقل وأكثر إحساساً.

حاجات الوالدين

إن والدى الأطفال ذوى الإعاقات لهم عدد من الحاجات الخاصة : وكثير من هذه الحاجات لايشبع . وعند إشباعها ، يتحقق التوافق. وسوف نعرض هنا بعض حاجات الوالدين الهامة التى يجب على الاخصائيين المهنيين مراعاتها وكذلك يتعين مراعاتها من جانب الوالدين أنفسهم . وسوف نقدم فى هذا الجزء بعضاً من تلك الحاجات.

١- التواصل Communication

ربما كانت أعظم حاجات الوالدين ذوى الأطفال المعوقين هى الحاجة للتواصل الفعال . ويتضمن التواصل الفعال الفهم والمساندة. وهؤلاء الوالدين بحاجة لمن يفهمهم . وهم بحاجة للاعتراف بحاجاتهم. وإحساساتهم وفهمها من جانب بعضهما البعض، ومن جانب الاصدقاء ، والأسرة ، ومن جانب الأخصائيين المهنيين. وهم بحاجة لمعرفة أنهم يتلقون المساندة ممن يهتمون بهم. ويتضمن التأييد الاعتراف بحاجاتهم والمساعدة على اشباع تلك الحاجات . وهو لا يتضمن الاتفاق معهم على طول الخط. فالأم التى تسقط اللوم على المدرس بسبب إحداث صعوبات لطفلها تحتاج أن يفهم الآخرون إحساساتها بالضرر والغضب. وقد تحتاج إلى أن يتفق الآخرون معها على أن المدرس مخطئ؛ ولكن هذا التأييد قد لايكون ملائماً أو مفيداً لها. وقد يتمثل التأييد الملائم فى الاعتراف باحساسات الأم ومساعدتها فى حل تلك المشكلة دون الاضرار بنفسها أو بالآخرين.

وفى حالة الاتصال الفعال فإن الوالد يحتاج إلى تلقى وإرسال الرسائل بشكل منتظم . والرسائل السرية يصعب حل رموزها. وليس من السهل إرسال رسالة مباشرة عندما تحتوى تلك الرسالة على معلومات غير سارة. إنها مهمة غير سارة أن نخبر أحدى الأمهات، بناء على فحص دقيق لطفلها ، فاننا نرى أنه يعانى من التخلف العقلى". ورغم قلة الفاعلية، فقد يكون من الأسهل عاطفياً فى ذلك الوقت بالنسبة للأخصائى المهنى والأم لو كانت الرسالة تقول للأم : " أن هناك عدة عوامل

يمكن أن تعوق النمو المعرفى لطفلك" أو " هناك متغيرات عديدة يمكن أن تعرض طفلك لأنواع معينة من السلوك المنحرف. وليس لدينا بيانات قياسية نفسية تمكننا من التكهن الصريح لطفلك". وهذه الجمل تمثل رسائل سرية يتعذر على الوالد فك شفرتها. ونظراً لعدم وضوح الرسالة، فيمكن تفسيرها كما يود الوالد تفسيرها. والرسالة السرية تضم معلومات تهديدية للوالدين. ونظراً للحرية التى يتمتع بها الوالدان فى التفسير كما يروق لهما ، فيمكن فك رموز الرسالة بطريقة غير مهددة وغير دقيقة على السواء .

والوالدان يحتاجان الى رسائل مباشرة مطابقة، واضحة بشكل يقضى على أى تفسير خاطئ. فهما يشعران دائماً بالتضارب. إنهما يريدان الحقيقة لأنهما يعرفان أن معرفة الحقيقة ضرورية لكى يتعاملا مع مشكلاتهما بفاعلية . ولا يحبان سماع الحقيقة إذا كانت مؤلمة. وسماع وفهم هذا التناقض يمكن أن يكون مفيداً. كما أن سماع الحقيقة يوضح تناقض المهنى نفسه.

والوالدان مشغولان غالباً بشأن النمو المسقبلى للطفل . ويريدان معرفة كيف ومتى سينمو الطفل وما هى التكهنات بالنسبة للمستقبل. ويرى جايتون Gayton أن كثيراً من الأخصائيين المهنيين يتخذون موقف : " لاتقلق عليه الآن" ، ويصفون الوالدان بأنهما "شديدى القلق" إذا استمرا فى الانشغال بالطفل . ويجب التحذير من أنه لو لم يزود الأخصائى المهنى بمعلومات موثوقة أو يوجههم الى مصادر مسئولة ، فإنهما يمكن أن يبحثا عن المعلومات على مسئوليتهما . وعند البحث عن المعلومات على مسئوليتهما فيمكن أن يجدا معلومات قديمة مع سوء فهم الاعاقات . والوالدان بحاجة إلى أن يزودا بمعلومات فى وقت مبكر بقدر المستطاع لتخفيف القلق ولتزويدهما باحساس بأنهما يفعلان شيئاً للمساعدة (Walker, Gayton, 1985) . ويرى (Agle, Matson, 1992) أن سلوك البحث عن المعلومات ذاك عند الوالدين يؤدى الى " الضغط والتحكم من خلال التفكير" ، ويسيطر على قلق الوالدين وإحساسهما باليأس.

ومن المؤسف أن كثيراً من الأخصائيين المهنيين يتحدثون مع الوالدين بطريقة استبدادية. ويشعرون فى بعض الأوقات أن الوالدين يعوزهما الوضع التعليمى المناسب أو الخبرة الكافية أو الخلفية التى تمكنهم من الفهم. وبسبب تلك الاتجاهات، فإن كثيراً من هؤلاء الأخصائيين المهنيين يفشلون فى تحقيق التواصل الكافى، وأحيانا يفشلون فى الاتصال مطلقاً ، وأحياناً يمنعون المعلومات المتعلقة بالموضوع . وعلى حين تكون مصطلحات المهنيين أداة مفيدة فى تسجيل الملاحظات ، عمل السجلات والاتصال بالزملاء من الأخصائيين المهنيين، فانها يمكن أن تكون عقبة أمام الفهم فى المواقف التى تتضمن الوالدين . والمعلومات التى لايمكن فهمها تعتبر عديمة النفع بالنسبة للوالدين (Gorham, 1975).

وفى الحقيقة أن بعض الوالدين يمكن أن يعوزهم الوضع التعليمى الملائم. وهذا لايعنى أن معلوماتهم لاتكفى لكى يكونوا جديرين بالتواصل الجيد. وحقيقى أيضاً أن الوالدين يمكن أن تنقصهم الخبرة والخلفية . والأخصائى المهنى يجب أن يدرك أن هؤلاء الوالدين يمكن أن يكتسبوا الخبرة والخلفية بسرعة أكثر مما يفعله بعض الأخصائيين المهنيين. وكثير من الوالدين سوف يتعلمون فى يوم من الأيام كثيراً من الأمور المتعلقة بأسباب الأمراض الخاصة بطفلهم أكثر من معظم الأطباء . وسوف يكتسبون المعرفة والمهارة فى التعامل مع الاعاقات أكثر من معظم التربية الخاصة

٢- الحاجة إلى تفسير سبب المرض :

ثمة حاجة هامة أخرى لوالدى الأطفال المعوقين تتمثل فى الحاجة إلى تفسير سبب إعاقة طفلهما . وسوف يؤدى فهم السبب إلى مساعدة الوالدين على التعامل مع أى إحساسات بالذنب، وزيادة فهم طفلهما، والتخطيط للمستقبل . وفى العادة يبحث الوالدان عن تفسير طبى من طبيب الأسرة ، بالاضافة إلى تفسير دينى .

أ - التفسير الطبى :

إن فهم السبب الطبى لاعاقة الطفل لايؤدى إلى القضاء على الاعاقة . ولكنه

يساعد الوالدين على التعامل مع المشكلة عاطفياً لأنه يقدم إجابات لأسئلة هامة . وقد يؤكد أو يخفف المخاوف من كون تلك الحالة وراثية. ويمكن أن يزود الوالدين بتبصر يمكنهم من اتخاذ قرارات تتعلق بالتخطيط لمستقبل الأسرة. فالوالد الذى يعانى طفله من أعراض دوان Down Syndrome ، يمكن أن يكتشف أن تلك الحالة وراثية ، ويفضل ألا يغامر بانجاب أطفال آخرين . وعلى الجانب الآخر ، فإن الوالدين الشبان اللذين لديهما طفل يعانى من عرض داون يمكن أن يعرفا أن الفرص جيدة نسبيا فى عدم اصابة الأطفال التالين بالمرض . ويبنيان خططهما طبقاً لذلك.

وفى بعض الأوقات كان الأطباء معروفين بتجنب مسئولياتهم تجاه الوالدين بعدم تقديم معلومات تتعلق بالمرض. ويرى فاربر Farber (١٩٨٦) أن طبيب الأسرة ينتابه فى الغالب شعور بالذنب لأنه مسئول بشكل ما وأنه خذل الأسرة . وإذا كان Farber على حق فى اعتقاده ، فإن ذلك يمكن أن يفسر سبب فشل الأطباء، فى بعض الأحيان، فى إخبار الوالدين بتشخيص حالة الإعاقة .

ب -التفسير الدينى :

فى أوقات الأزمات الشخصية ، يجد الإنسان ملاذا فى الدين. فالدين يمكن أن يريح ويعطى الأمل . وعندما يكتشف الوالدان أن طفلهما معوق ، فإنهما يبحثان عن تأكيدات بعدم مسئوليتهما عن الاعاقة ويطلبان المساعدة " لاصلاح ما أفسدته الاعاقة" . ويلجأ كثير من الوالدين الى رجل الدين . وعلى الرغم من تلك الحاجة الواضحة ، فقد وجد ولفنسبرج وكورتز Wolfensburger, Kurtz (١٩٨٦) أن والدى الأطفال المتخلفون عقلياً تلقوا بعض التوجيه والراحة من رجال الدين . ولسوء الحظ، فإن الكثير من برامج التدريب الدينى لاتعمل على إعداد رجال الدين للتعامل مع تلك المشكلات بطريقة علمية. وعلى حين يتمتع رجال الدين بالمهارة فى أساليب الاستشارة، فانهم لايعرفون الاعاقة فى الغالب ولايلمون المصادر المتاحة للطفل والأسرة.

وربما تكون الحاجة الأكثر الحاحاً فى الاستشارة الدينية فى مجال التفسير الدينى للأزمة . وهؤلاء الوالدان اللذان يحضران للاستشارة الدينية أو الوعظ الدينى يطلبان بالفعل سبباً أو معنى لطفلهم.

وتوافق الوالدين مع الأزمة يمكن أن يكون دليلاً على الايمان أو التوجه الدينى. والايمان الدينى يمكن أن يدعم الفرد في أشد الأزمات. وعلى الجانب الآخر، فإن الأزمة الشديدة يمكن أن تضعف أو حتى تقضى على الإيمان الدينى. وتوصى الدراسات التى أجراها فاربر Farber (١٩٨٦) وزك Zuk (١٩٨٩) بأن الخلفية الدينية يمكن أن تؤثر على رد فعل الأسرة تجاه الطفل المعوق. والعائلات الكاثوليكية تميل إلى التمتع بدرجة أكبر لقبول الطفل المعوق من الأسرة البروتستانتية. وقد قرر متشنسون Hutchinson (١٩٦٨) أن الكاثوليك يعتبرون التخلص من الخطيئة عملية مستمرة . وتقول تلك العقيدة بأن الانسان سوف يعانى باستمرار بسبب ذنوبه وذنوب الآخرين.

وعلى ذلك ، فإن تلك المعاناة تخلص الإنسان من ذنوبه. وقد قرر كريستنسن Christiansen في التعبير عن وجهة نظر قديس اليوم الآخير (يوم الحساب) (Mormon) ، أن الأفراد المعوقين يعتبرون جزءاً من خطه إلاهية . لقد وجدوا من قبل كأشخاص مكتملى العافية وسوف يعودون إلى وجودهم الأعلى كبشر أسوياء. وجودهم كأفراد معوقين يقتصر على وجودهم الأرضى وهى فترة قصيرة بالمقارنة بالأبدية . وقد أوضح أحبار اليهود الذين قابلهم لوجان وآخرون Logan, et al (١٩٧٥) أن اليهودية لم تقدم تفسيراً دينياً للاعاقة . وبينما تكون حادثة الإعاقة مؤسفة ، فإنها قد حدثت ببساطة .

وتجدر الاشارة إلى أن الإسلام قد أثبت حقوق المعاق " ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج" وأثبت الإسلام حقوق المعاق فى قوله تعالى: عَبَسَ وَتَوَلَّىٰ ① أَن جَاءَهُ الْأَعْمَىٰ ② وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُ يَزَّكَّىٰ ③ أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ الذِّكْرَىٰ (عبس : ١-٤) . وقوله تعالى : **لا يكلف الله نفساً الا وسعها** (سورة البقرة :١٩٨٦) .. فكل فرد فى المجتمع الإسلامى مطلوب منه أن يعطى

للمجتمع كل ما فى وسعه سواء كان شخصاً عادياً أو غير عادى.

وعند استعراض عدد قليل من الآراء المتعلقة بالإعاقة . نستطيع أن نتبين كيف تعطى الأليان للوالدين درجة من الدعم العاطفى والراحة . وهناك جماعات دينية أخرى تقدم قليلاً من الدعم أو لا تقدم دعماً على الأطلاق.

وهناك فى بعض الأحيان أراء متناقضة داخل جماعة دينية معينة حيث أن كل علمانى Layman أو رجل دين يفسر النصوص الدينية بطريقته الخاصة. وثمة رأى اقترحه العلمانيون وقليل من رجال الدين يقول بأن الإعاقة تمثل انتقاماً معيناً بسبب ذنوب الطفل أو الوالدين . ومعظم رجال الدين والزعماء الدينيون ينكرون هذا الرأى. ويوضح ستوبل فيلد Stuble Field (١٩٨٥) قائلا ذلك " إن الاعتقاد بأن التخلف العقلى يعتبر عقاباً من الله يخلق شعوراً حاداً بالذنب ويمنع الوالدين من التخطيط للطفل المتخلف عقلياً بشكل واقعى . وعند التشاور مع الوالدين ، يجب أن يتوخى الأخصائيون المهنيون الحذر الشديد لتجنب أى اقتراح لهذا الرأى الخاص".

ومن خلال التفسيرات الدينية المختلفة ، تفهم سبب امكانية وجود ردود أفعال والديه مختلفة فالوالدان اللذان لايجدان تأييداً دينياً للأزمة قد يجدوا قبول طفلهم أكثر صعوبة ممن يعتقدون أن حالة ابنهم جزء من خطة إلهية. ويقول هانز وكرافاكس Hayes & Kravaceus (١٩٨٩) أن بعض الآباء يقبلون مسئولية الطفل كاختبار من الله – يجب تحمله بصبر وطاعة".

والحاجة للاعداد للتشاور مع والدى الأطفال المعوقين لايمكن المبالغة فيها. ويجب إعداد رجال الدين لتقديم المشورة لهؤلاء الآباء بخصوص هذا النوع من الأزمات كما يفعلون فى أزمات أخرى مثل الطلاق أو الوفاة. ويحتاج رجال الدين لتصور وتجسيد المضامين الدينية قبل أن يواجهوا الوالدين . وهؤلاء الآباء يحتاجون أكثر من الدعوات والصلوات. إنهم يحتاجون لاجابات عن تساؤلاتهم ، ويحتاجون معرفة أسماء الأشخاص والأماكن الذين يستطيعون اللجوء إليها فى المجتمع ، أولئك الذين يستطيعون مساعدتهم على التعلم والتوافق. وقد تكون قيمة

المشورة الدينية مهمة فى التوافق الكلى لهؤلاء الوالدين فى أهم فترات حياتهم على الإطلاق.

٣- حاجة الوالدين إلى البحث عن علاج للطفل :

سوف يبدأ والدا الطفل المعوق البحث عن العلاج إن عاجلاً أو أجلاً Rosen . (١٩٨٥) وبالنسبة لبعض الوالدين ينتهى البحث نهاية سعيدة حيث أن بعض الإعاقات تقبل العلاج والشفاء . فالشفه المشقوقة أو سقف الحلق المشقوق يمكن إصلاحه بسهولة ومهارة لدرجة أنه لايظهر منها أى أثر. ويمكن علاج مشكلات تجبيرية عن طريق الجراحة ، كما يمكن معالجة بعض المشكلات السمعية والبصرية. ويمكن تقديم علاج لمشكلات الكلام للقضاء على أو على الأقل تقليل آثار اضطرابات الكلام. والمشكلات العاطفية تستجيب غالباً للعلاج النفسى أو تعديل السلوك . وحتى آثار التخلف العقلى يمكن تقليلها فى ظروف معينة . والضوابط الغذائية الصحيحة فى حالات مثل الجلاكتوسميا galactosemia والفنيل كتونوريا phcnylketonuria يمكن أن تخفف أو تمنع التخلف العقلى. ولسوء الحظ أنه فى حالات كثيرة يمكن أن يحدث العلاج نتائج ضئيلة وفى بعض الحالات لا ينتج عن العلاج أى أثر على الإطلاق. ويجب أن يدرك الاخصائيون المهنيون شعور الوالدين باليأس فى تلك المرحلة . وهم يدركون أن بعض حالات الاعاقة يمكن علاجها، ويريدون أن يتم علاج حالة طفلهم بأى طريقة . وبعض الوالدين يرفضون تشخيص عدم قابلية الحالة للشفاء . وفى حالات نادرة كان اصرارهم مبرراً. وبشكل عام: سوف يواصل هؤلاء الوالدين البحث بلا كلل حتى يجدون تشخيصاً مقبولاً، سواء كان صحيحاً أو غير صحيح . ولسوء الحظ : فان هؤلاء الوالدين يمكن أن يقعوا فريسة لأفراد مخادعين يعدون بالكثير ويفعلون القليل عدا تحصيل أتعاب خرافية. وانطلاقاً من يأسهم يمكن أن يطلب هؤلاء الآباء شراء شفاء فى حالة عدم وجود شفاء بصرف النظر عن السعر . والأخصائيون المهنيون عليهم مسئولية تجاه هؤلاء الوالدين. ويجب أن نعمل بشجاعة كافية لحماية الآباء من جشع هؤلاء الأفراد، ولكن يجب أن نعمل بفطنة ولباقة لتحاشى البيانات التى تشوه السمعة التى لايمكن اثباتها

والتى قد تؤدى إلى قضايا قانونية. وثمة بديل ممكن يتمثل فى توجيه هؤلاء الوالدين لمؤسسات مسئولة يمكن أن تزودهم بالنصيحة الكافية مثل الجمعيات الأهلية والمؤسسات الحكومية المسئولة عن رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة بأشكالها المختلفة والخدمات التى تقدمها كل منها .

٤- طلب المساعدة :

الوالدان اللذان يتأكدان أن طفلهما معوق يحتاجون فى العادة إلى قدر كبير من المساعدة المتاحة لهما . وبعض الآباء يحزنون عندما يواجهون الإعاقة التى كانوا يظنون أنها لاتحتاج مساعدة وأن المساعدة موجودة . وآباء آخرون قد يدركون أنهما يحتاجان للمساعدة ، ولكنهما لايعرفان أى نوع من الموارد موجود وأين يجدانها.

ومن غير المألوف لهؤلاء الآباء أن يشعروا أنهم يقفون بمفردهم فى مشاكلهم . وفى بعض الأوقات ، يمكن أن تصبح إحساساتهم حادة لدرجة أنهم يشكون فى الآخرين ويفشلون فى إدراك أنهم ليسوا الوحيدين فى العالم الذين يواجهون مثل تلك المشكلة. أو أنهم وحدهم الذين يعانون من تلك المشكلة الفريدة . وفى الحقيقة على الرغم من أنه ليس هناك عائلتان متشابهتان تماماً. هكذا ، بينما يمكن أن تشترك العائلات فى حالات إعاقة مماثلة ، فإن مشكلاتهم تظل فريدة بالنسبة لهم .

وعلى أية حال : فإن الأسرة التى يوجد بها أطفال ذوى إعاقات مماثلة يمكن أن تعمل كمصدر ومساعدة لبعضها البعض. وهناك كثير من المشروعات التأهيلية التى تقدم الحفز للأطفال والتدريب للوالدين الذين لديهم أطفال مصابين بعرض داون أو المعاقين عقلياً وهناك يتم وضع كتيبات مطبوعة تعطى لوالدى الأطفال على معلومات عامة عن الحالة واعطاء رقم تليفون لشخص يستطيع الاتصال. والشخص المتصل هو أيضاً شخص له طفل يعانى من عرض داون أو التخلف العقلى. وهؤلاء الآباء الذين يقومون بالاتصال يحصلون على معلومات جيدة عن الحالة كمعظم الاخصائيين المهنيين ، وبالاضافة إلى ذلك يكونون قد تعرضوا لإحساسات ومواقف مماثلة لإحساسات ومواقف الوالدين الذين يتصلون بهم . وهم فى بعض الأحيان يكونون قادرين على الاتصال بفاعلية أكثر من الأخصائيين المهنيين لأنهم يستطيعوا

أن "يتكلموا نفس اللغة" (١).

ويمكن أن تكون المؤسسات الوالدية مصدراً للدعم العاطفى بالاضافة إلى كونها مركزاً لنشر المعلومات . والآباء الذين ينظمون لتلك الجماعات يستطيعون مناقشة تجاربهم وإحساساتهم مع بعضهم البعض (Meadon, Meadon, 1971). وغالبا ما يستطيعون أن يكتشفوا أن الآخرين قد مروا بتجارب مماثلة. ومع بعضهم يقدم كل منهم الدعم للآخرين بينما يستطيعون توحيد جهودهم للحصول على المساندة من البرامج التى تعالج أطفالهم. وهذه المؤسسات تزود الوالدين بعملية معلومات يستطيعون فيها تبادل المعلومات التى تتعلق بالخدمات المتاحة لأنفسهم ثم لعائلاتهم .

ومن خلال ذلك التفاعل مع الآباء الآخرين، يتأكدون أنهم ليسوا وحدهم . والوالدين الذين لديهم أطفال معاقون كبار يستطيعون مساعدتهم فى معرفة ما يمكن توقعه فى ضوء التطور المستقبلى (Garton, 1995) . ويجب الاعلان عن قائمة بالمؤسسات التى يمكن أن تساعد الوالدين. وهذه القائمة لابد وأن تشمل مؤسسات مهنية ، بالاضافة إلى المؤسسات التى تتكون من الوالدين فقط . كما تضم القائمة مؤسسات واتحادات قومية (٢). وهناك العديد من المؤسسات المحلية والمؤسسات الرسمية أو فروع للمؤسسة القومية. وقد يجد الأخصائى المهنى أنه من المفيد الاتصال بالمؤسسات القومية لطلب عناوين وأرقام تليفونات المؤسسات الفرعية. وبانشاء قائمة بالجمعيات المحلية والقومية، يستطيع الأخصائيون المهنيون الحصول على المعلومات المتاحة للوالدين عندما تكون مطلوبة.

---

(١) مثال ذلك الرقم المجانى الساخن : ٠٨٨٠٦٦٦٦ الذى يستطيع الاتصال به أى فرد له استفسار عن حالة طفل معاق أو يطلب خدمة بشأنه، وسيرد عليه متخصصون يعملون فى مجال رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة .

(٢) مثل ذلك الاتحاد النوعى بهيئات لرعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، والذى يتبعه أو مسجل به معظم الجمعيات التى تقوم برعاية الفئات الخاصة على مستوى الجمهورية .

٥- إقامة حياة أسرية عادية :

قلنا فى بداية هذا الفصل أن أثر قدوم طفل معوق إلى الأسرة يميل إلى تمزيق كيان الأسرة، ورغم هذا التمزق يميل لأن يكون ظاهرة طبيعية : فإن الأسرة تحتاج إلى المحافظة على أكبر قدر ممكن من الحياة الطبيعية لصالح الوالدين وباقى الأطفال. وتتضمن الحياة العادية تفاعلاً اجتماعياً وأداء وظيفياً شائعاً بين معظم الأسرة .

وقد ذكر أن الانسحاب يعتبر نمطاً سلوكياً شائعاً لدى كثير من والدى الأطفال المعوقين. وتم تقديم اسباب متعددة للانسحاب من التفاعل الاجتماعى . ويرى ريشمان وفاربر Rychman & Farber (١٩٨٩) أن الوالدين يواجهان بسؤال صعب حول كيفية تقديم الطفل للمجتمع. وقد ينشأ عند الوالدين قلق شديد بخصوص رد الفعل المحتمل من جانب الآخرين تجاه طفلهما. ويرى تشين ودرو Chinn & Drew (١٩٧٥) أن الشعور بالذنب يمكن أن يدفع الوالدين للشعور بالالتزام بتكريس كل وقتهما للطفل. ويستطردون قائلين إن الأعباء المالية الناتجة عن الطفل وصعوبة إيجاد خدمات رعاية كافية للطفل تقضى على فرص النشاط الاجتماعى للأسرة أو تقيد تلك الفرص. ويرى جايتون Gayton (١٩٨٥) أن أعباء حقيقة الطفل المعوق تجعل ميول الانسجاب للوالدين تعمل كنموذج لأعضاء الأسرة الآخرين ويمكن أن توصى لهم بأن حالة الاعاقة شئ مثير للخجل ويجب اخفائها.

وقد يكون التفاعل مع أعضاء الأسرة الكبيرة صعبا ومهددا. فقد وجد فاربر Farber (١٩٨٨) ، وبارستش Barsch (١٩٨٨) أن جانب الأم من الأسرة كانوا أكثر تقبلا ومساندة. وكانت والده الأب تميل إلى القاء اللوم على زوجة ابنها. ومثل تلك المواقف يمكن أن تسبب التعاسة والبغضاء . ويمكن أن تعوق التفاعل المعتاد مع أعضاء الأسرة الكبيرة.

ومن المهم بالنسبة للأخصائى المهنى أن يوصل لهؤلاء الوالدين . ومن المحتمل أن يحدث بعض القلق المرتبط بالنزهات العامة التى يصحبون فيها الطفل المعوق، ومما لاشك فيه . أنه سوف تحدث بعض النظرات المحملقة وحتى بعض التعليقات

القاسية الخالية من اللياقة. وإذا ما حملق الآخرون وأصدروا تعليقات قاسية، فانها مشكلة الآخرين. إنهم يتصرفون بهذه الطريقة بسبب الجهل. وإذا ما تضايق الوالدان من هذا السلوك ، فإنهم عندئذ يشتركون فى المشكلة. وكما قيل من قبل، فإن نموذج الوالدين بالنسبة لباقى أفراد الأسرة والأطفال يمكن أن يجعلها مشكلتهم، والتعليقات غير اللبقة تسبب بعض الألم، ولكن لو تدبرت تلك العائلات فى مصدر وسبب تلك التعليقات، فقد يكون من السهل التعامل مع الموقف.

وقد يحتاج الوالدان إلى إيجاد أنشطة اجتماعية وترفيهية بديلة لتلك الأنشطة التى تجعل من اعاقة الطفل مشكلة أو عندما تكون التكلفة باهظة. ويمكن أن يقوم الأخصائيون المهنيون بدور هام باقتراح أنشطة متاحة بتكلفة بسيطة أو بدون أن تفرض أى أعباء مالية على الأسرة .

وقد تفيد المؤسسات التى يقصدها الوالدان فى تقديم أسماء مؤسسات رعاية الأطفال الجيدة أو جليسات الأطفال فى المجتمع. وقد نجد للوالدين أيضاً والدين اخرين مستعدين لتبادل مسئوليات مرافقة للأطفال. ومثل هذا الترتيب يمكن يقلل نفقات مرافقة الأطفال ويمكن أن يقدم رعاية طفل أكثر خبرة وأكثر نضجاً.

وعمليات التجريم التى تلقى باللوم عن الاعاقة على عاتق أفراد فى الأسرة عمليات مدمرة وضارة بترابط الأسرة. وعندما يكون من الأسرة الموسعة (الممتدة) التى تشمل (الأجداد والأصهار) ، فإن المشكلة تزداد تعقيداً حيث يُدفع الزوج أو الزوجة إلى اختيار صعب بالوقوف فى صف والده أو والدها أو مع الزوج . وما لم يوجد دعم كاف داخل الأسرة المباشرة ، فإن استقرار الوحدة العائلية يمكن أن يتعرض لضرر بالغ.

إن أسرة الطفل المعوق تحتاج إلى فرصة لتحقيق الصحة العقلية لأعضاء وحدة العائلة والمحافظة على تلك الصحة. ويمكن أن يؤدى دمج ، وحدة الأسرة فى المجتمع أو فى الأسرة الموسعة إلى تعزيز ذلك التطور . وسوف يكون قبول تلك الأسرة دليلاً على مدى معرفة تلك الأسرة بحالة الإعاقة . وتستطيع الأسرة نفسها بفضل اتجاهاتها، أن تعزز فرص القبول من جانب الآخرين. فإذا اعتبرت الأسرة

نفسها أدنى من الأسر الأخرى وموصومة بعار الطفل المعوق ، فإن الآخرين يمكن أن يشاركوها فى هذا الرأى. واذا استطاعت الأسرة الحفاظ على فخرها ومكانتها، بالايمان بقيمتها وقيمة الطفل المعوق، فإن اتجاهاتها يمكن أن تحدث أثراً ايجابياً فى الآخرين .

ويعتبر الاستقرار العاطفى للأسرة عاملاً أساسياً فى التوافق الكلى للطفل ونموه. ويستطيع الأخصائيون المهنيون تسهيل هذا الاستقرار بالتشاور مع الأسرة وبتعلم عدد كبير من أعضاء المجتمع المحيط بالأسرة وللأسرة الموسعة بقدر المستطاع. ومن خلال جهد مشترك للعائلة والاخصائيين المهنيين ، فإن الحياة الكريمة والكاملة لهذه العائلة تصبح حقيقة.

٦- الاعداد لمستقبل الطفل :

إن المستقبل هو أهم ما يشغل بال والدى الأطفال المعوقين . لقد كانت المدارس العامة على مدار التاريخ هى الوكالة المهنية المعنية بشئون الطفل المعوق. وعندما يصل الطفل إلى أقصى سن للبقاء فى المدرسة، ٢١ سنة عادة، فإنه لايحصل على خدمات مدرسية ويجب أن يلجأ إلى جهة أخرى تطلب العون. لقد كانت الخدمات التى تقدم للمعوقين فى سن المدرسة خدمات مكثفة نسبياً. والخدمات التى تقدم للمعوقين الكبار ليست على نفس الدرجة من الشمول. لقد مد التأهيل المهنى خدماته فى الآونة الأخيرة للاعاقات التى كانت تُخدم فيما مضى على نطاق محدود (مثل التخلف العقلى) . والمؤسسات العامة منها والخاصة متاحة للبعض الذين لا يستطيعون توفير الخدمة لأنفسهم فى المجتمع. وهناك برامج قليلة للاهتمام بالحاجات العاطفية والاجتماعية للكبار المعوقين فى المجتمع. وهناك تسهيلات قليلة فى المجتمع لتوفير الاسكان لمن لايجدون الالتحاق بالمؤسسات بديلاً مقبولاً . وهناك أنشطة اجتماعية وترفيهية قليلة نسبياً تنظم للمعوقين فى المجتمع .

وقلق الوالدين على مستقبل أطفالهما المعوقين قلق حقيقى وله ما يبرره . وهما فى الغالب مستعدان وقادران على تلبية حاجات الطفل، ولكنهما مهمومان بشأن قدرتهما على تلبية تلك الحاجات عندما يتقدمان فى السن أو بعد رحيلها عن الحياة.

وفكرة ارغام طفلهما على دخول مؤسسة بعد أن قضى كل حياته فى المجتمع أمر صعب القبول.

وعلى حين يتولى الأخوة الأسوياء المسئولية نيابة عن الوالدين، فمن غير المعقول فرض هذه المسئولية عليهم . إن اختيار ابقاء الطفل المعوق فى البيت بدلا من الحاقه بأحدى المؤسسات كان اختيار الوالدين وليس اختيار أخوة الطفل الآخرين فى الأسرة . واذا شاء الوالدان أن يتحملا هذا النوع من المسئولية، فإن من حقهم أن يفعلوا ذلك. وفرض هذه المسئولية على الأطفال الآخرين وأسرهم ليس حقاً مكتسباً لهم. أنه اختيار عائلات الاطفال الأسوياء ، ويجب ألا يدانوا إذا لم يقبلوا تلك المسئولية الضخمة .

ويمكن تخفيف العديد من الاهتمامات المالية عن طريق صناديق التأمين المعدة جيداً إذا توفرت الموارد المالية الضخمة للاعداد للمستقبل . ولسوء الحظ : فإن ذلك هو الاستثناء وليس الموقف التقليدى. والوالدان اللذان يهتمان بتوفير الثقة لطفلهما المعوق يستطيعان أن يضعا وكيلاً يتمتع بهذه المهارة الخاصة فى احدى المؤسسات..

وفى السنوات السابقة كان الايداع فى المؤسسات هو البديل الممكن الوحيد لكثير من الأفراد المعوقين عندما يعجز والداهم عن تقديم الرعاية لهم فى البيت وبرامج التعليم الخاص بالمعوقين والتى تراعى صالح المجتمع لم تكن كافية بل كانت غير موجودة على الإطلاق .

وكان للايداع فى المؤسسات ما يبرره باعتباره لمصلحة الأسرة . وفى بعض الأحيان يكون وجود الطفل المعوق مصدراً لتمزيق استقرار الأسرة لدرجة أن الإيداع فى المؤسسات يصبح ضرورياً بالنسبة للطفل والأسرة على السواء. وهناك دليل يؤيد الفكرة القائلة أنه فى بعض الحالات قد يكون وجود الطفل مفيداً لكل من الوالدين والأبناء الأسوياء (Kramm, 1983, Grossman, 1972) . وقرار إيداع الطفل فى أحد المؤسسات فى سن مبكرة هو قرار يخص الوالدين. فهما اللذان يجب أن يعيشا مع القرار إذا أودعا الطفل أحد المؤسسات أو يعيشان مع الطفل إذا ظل

فى البيت. ويستحسن أن يتخذ قرار الإلحاق بالمؤسسة فى حالة عجز الوالدين عن رعاية الطفل قبل احتمال مواجهة أزمة مثل وفاة أحد الوالدين أو كليهما . ويجب اتخاذ هذا القرار من جانب الأسرة ككل، بما فى ذلك الأبناء الأسوياء وحتى الفرد المعوق نفسه إذا كان قادراً على المشاركة فى عملية صنع القرار. واذا ما تم اتخاذ قرار بالايداع فى أحدى المؤسسات ، فان الصدمة التى ينطوى عليها هذا القرار يمكن تقييدها بالتخطيط الدقيق . وزيارات المؤسسة يمكن أن تؤدى جزئياً إلى إعداد الفرد للوقت الذى تصبح فيه الإقامة الدائمة حقيقة واقعة. والزيارات الليلية الدورية يمكن أن تفيد إذا كانت المؤسسة تسمح بمثل تلك الترتيبات.

وقد نشأ اتجاه حديث نحو الايداع البديل بظهور البيوت الجماعية التى يعدها المجتمع. وهذه البيوت الجماعية تقدم السكن للأفراد ذوى حالات الاعاقة المعينة مثل التخلف العقلى . ومن الناحية التقليدية، فإن تلك البيوت تعمل بشكل شبيه بما يحدث فى الأسرة . فهناك والدين بديلين يشرفان ويعاونان وينسقان الجهود ويقدمان الارشاد. ويدفع المقيمون رسوماً للسكن والاقامة ويعملون كأشخاص شبه مستقلين. ومثل هذا الترتيب يتيح للفرد أن يظل فى موقف شبه عائلى فى المجتمع ، ومع ذلك يقدم الإشراف الكافى عندما يكون مطلوباً. وهذا المرفق يمكن أن يكون ترتيباً ممتازاً بالنسبة للمعوق الكبير الذى يبحث عن درجة من الاستقلال عن عائلته وفى نفس الوقت يطمئن الوالدان بأن الطفل سوف يلقى الرعاية الكافية.

لقد تحسنت الخدمات التى تقدم للأفراد المعوقين وأسرهم تحسناً جذرياً فى الحقبتين الأخيرتين. ولايستطيع أحد أن يتنبأ بتأكيد مطلق بما يحمله المستقبل لهؤلاء الأفراد. واذا ما استمر التقدم كما حدث منذ بداية الستينات ، يكون لدينا سبب للاعتقاد بأن حياة الطفل المعوق الحالى سوف تكون أفضل عندما يكبر أكثر من حياة الكبار المعوقين حالياً. وكأخصائيين مهنيين يمكننا أن نستمر فى تقديم المساندة التى يتطلبها الوالدان وأن نساعدهم فى الاعداد للمستقبل.

حاجات الطفل المعوق

الطفل المعوق هو أهم الأطفال على الأطلاق . وحالة اعاقته ، على الرغم من أن لها أثر على حياته فأنها تعتبر ثانوية بالنسبة لحاجاته كطفل. إنه أشبه بطفل سوى. وعلى ذلك فإن له حاجات أساسية مثل الطفل السوى تماماً ، ويضاف اليها حاجاته كطفل معوق . وأهم هذه الحاجات ما يلى :

١- التـواصــل:

من بين الحاجات الاساسية للطفل المعوق حاجته للاتصال ، وعلى غرار والديهم : يحتاج الأطفال المعوقين إلى رسائل سرية مباشرة. إنهم أكثر إدراكاً مما يعتقده الآخرون عنهم، ويحسون عندما تكون الأمور خاطئة أنهم يجب أن يحصلوا على الحقائق، ويجب أن يكونوا قادرين – أكثر من أى شئ آخر – على التعامل مع الإعاقة . ويحتاجون إلى معرفة حقيقة اعاقتهم وكيف ستؤثر على حياتهم وكيف يحققون معنى لوجودهم.

لقد أخطأ كل من الأخصائيين المهنيين والوالدين باستهانتهم بإحساسات الأطفال. فبالنسبة للطفل ، تكون احساساته هامة ومشروعه مثل : إحساسات الشخص الكبير. وغالباً ما ينسى الوالدان والأخصائيون المهنيون إشراك الطفل فى عملية صنع القرار عندما يؤثر القرار عليه أكثر من أى شخص آخر. وأحياناً يميل الكبار إلى التحدث نيابة عن الطفل وفى حضوره بطريقة فردية كما لو كان الطفل لايستطيع أن يسمع أو يفهم ما يقال. وعادة ما يُستبعد الطفل من اجتماعات الوالدين بالأخصائيين المهنيين. وعلى حين قد تكون هناك بعض الأمور التى تحتاج إلى أن تُمنع عن الطفل، فإن معظم الأمور التى تتم مناقشتها يجب أن يشترك فيها الطفل. فإذا لم يكن الطفل متعاوناً داخل الفصل، فيجب أن يسمع ذلك عندما يبلغ المدرس والديه بهذا . والطفل يحتاج أن يعرف ما يُناقَش وماذا يمكن أن يحدث له. والطفل الذى يجلس فى الردهة بعيداً عن المجتمعين بينما يتحدث والداه والمدرس عنه خلف أبواب مغلقة يمكن أن ينتابه القلق والخوف وتخيل ما يدور وماذا سيحدث له. وحتى عندما ينقل له الوالدان ما قيل فى الاجتماع ، فقد يخامره بعض الشك بشأن

صدق المعلومات. وقد يتساءل الطفل دائما" إذا كان ذلك كل ما قيل ، فلماذا لم أكن موجوداً لكى أسمعه؟".

وإذا كان سلوك الطفل غير مقبول بالنسبة للوالدين أو الأخصائى المهنى، فيجب أن يعرف ذلك وهو بحاجة لمعرفة السبب وماذا يستطيع أن يفعل لعلاج المشكلة. وإخفاء الحقيقة عنه لايخدم أى غرض مفيد ويمكن أن يدمر قدرته على النمو.

٢- التقبـــل :

ذكرت نظرية ماسلو Maslow (١٩٥٤) أن هناك خمسة مستويات حاجات للإنسان . فهو يتصور الحاجات فى خمسة مستويات مرتبة هرمياً بدءاً من "الحاجات الدنيا "حتى" الحاجات العليا".

- المستوى الأول : الحاجات الفسيولوجية لاشباع الجوع والعطش .
- المستوى الثانى : حاجات الأمان مثل : الأمن، النظام والاستقرار.
- المستوى الثالث : حاجات الانتماء والحب مثل : الحب والتطابق مع الآخرين identification .
- المستوى الرابع : حاجات التقدير مثل : الكرامة، النجاح واحترام الذات .
- المستوى الخامسة : الحاجة لتحقيق الذات.

وعلى الرغم من أنه ينظر لتلك الحاجات على ضوء الأفراد الأسوياء ، فإنها تنطبق على المعوقين بمثل انطباقها على أى فرد آخر . وكثير من الأطفال المعوقين – خاصة المتخلفين عقليا – يخرجون من بيئات اجتماعية واقتصادية متدنية. وبسبب القيود المالية : يمكن أهمال بعض حاجاتهم **الفسيولوجية** . فالطعام قد يكون غير كافى ، كما أن ظروف المعيشة يمكن ألا تحقق الراحة الجسمية الكافية مثل مكان النوم الجيد، الدفء والملابس المناسبة. وإذا تعذر اشباع تلك الحاجات فى البيت ، فإن الأخصائيين المهنين مثل : الأخصائيين الاجتماعيين وهيئة التدريس بالمدرسة يستطيعون عمل الكثير لتخفيف تلك المشكلات. فالطعام المجانى يكون متاحاً عادة

للأطفال الذين لايستطيعون دفع الثمن. والكساء يتوفر من العديد من المؤسسات والجمعيات الخيرية ، كما يتوفر من عائلات وأصدقاء الاخصائيين المهنيين. ويمكن تقديم حاجات الرعاية الصحية بواسطة الزائرات الصحية للمدرسة أو بتحويل الطفل للطبيب.

وحاجات **الأمان** تمثل مشكلة فى الغالب. إن سوء معاملة الطفل تحدث حتماً . فالوالدان المحبطان بمشكلات حياتهم يفرغان غضبهما فى أطفالهما الذين يعبترون هدفاً أقل تهديداً من الكبار . والأخصائيون المهنيون - خاصة المدرسين - يجب أن يكونوا شديدى الملاحظة للعلامات الدالة على سوء المعاملة وابلاغها فوراً للسلطات الملائمة .

لقد ناقشنا رفض الوالدين بالفعل . وأتضح أن فقدان التقدير الذاتى الشديد ، الاحساس بعدم الكفاية والاكتئاب يمكن أن تحول بين الوالد وبين حبه لطفله . والعيب العضوى ، والاستجابة غير السوية يمكن أن تعطل ارتباط الوالدين المعتاد بالطفل (Gayton, 1975) . والرثاء على الطفل ينمو دون إدراك . وكثير من الأطفال المعوقين يبحثون بيأس عن شخص يستطيعون أن **يتطابقوا معه** . إنهم يحتاجون إلى نماذج جيدة يتوحدون معها، ويستطيع الأخصائى المهنى أن يقدم تلك النماذج. وعلى حين لايستطيع الأخصائى المهنى أن يجعل أى شخص مثل شخص آخر، فإنه يمكن أن يعد الأساس للقبول. وباخطار تلاميذ الفصل والمدرسين بطبيعة الإعاقة يمكن أن تتلاشى المخاوف من المجهول وتفسح الطريق للتقبل. والأخصائى المهنى نفسه يستطيع ويجب أن يكون فرداً يمنح الإحساس بالدفء والقبول. وعن طريق إبراز الخواص الايجابية للطفل والتركيز عليها، يستطيع الأخصائى المهنى مساعدة الوالدين على ادراك قيمة الطفل ويحدث التقبل للطفل ،.

٣- حرية النمو Feedom to grow

إن كل فرد - بما فى ذلك الشخص المعوق - لديه حاجة للتقدير . فكلنا يحتاج إلى احترام الذات، وبدونه تتعرض صحتنا النفسية للخطر. ونحتاج لأن نشعر شعوراً طيباً عن أنفسنا، وأن نعرف أننا قادرون على عمل أشياء ذات قيمة. ونأمل

أن يدرك الآخرون ما ننجزه . وإذا لم يتحقق ذلك : فإننا أنفسنا نستطيع أن نلاحظ ونشعر بالرضا على انجازاتنا. والأطفال المعوقون قد يجدون أن الانجازات التى يدركها الآخرون أمر صعب بالنسبة لهم، ولكن كل فرد قادر على درجة من الانتاجية، ونوع من الانجاز . ويتعين على الأخصائى المهنى إما أن يلاحظ الانجازات، أو يساعد على إنشائها. ويستطيع تعزيز تلك الانجازات المساعدة فى اعطاء هؤلاء الأطفال المكانة واحترام الذات التى يحتاجونها.

والخطوة الأخيرة فى ترتيب ماسلو Maslow الهرمى للحاجات هى **تحقيق الذات**، وهى أقصى تحقيق لامكانيات الفرد المحتملة. فالطفل الذى يحقق ذاته ينظر إليه باعتباره فرداً كثير الانجاز اكتسب اعترافاً عاماً هائلاً. والنظرية تتحدث عن تطور امكانية الفرد الكاملة. والشخص المعوق قادر على الوصول إلى قوته الكاملة كشخصية عامة بارزة . ويتمثل الفرق فى نوع الانجاز. والشخص المعوق بدنياً قد يعانى من بعض نواحى القصور التى تبعده عن مجالات خاصة من مجالات المحاولة. وقد لايكون الفرد المتخلف عقلياً قادراً على البحث عن الفرص التى تتطلب مهارات معرفية عليا ولكنه يمكن أن يتفوق ، وحتى يصل إلى امكانياته الكاملة فى أنشطة أخرى. والشخص الأعمى لايستطيع أن يصبح جراحاً للعظام، ولكنه يستطيع أن يمارس مجالاً آخر من مجالات الطب مثل الطب النفسى . وكثير من المعوقين يمكن أن يحققوا ذاتهم . ويستطيع الأخصائى المهنى أن يعاون بدرجة كبيرة فى تسهيل تلبية الحاجات الأساسية ، والمساعدة فى اكتشاف مجالات مرضية لتطوير امكانية الفرد الكاملة.

وهناك عدد من المتغيرات يمكن أن تؤثر على النمو المعرفى بالاضافة إلى التوافق الانفعالى للطفل المعوق. وتتضمن بعض المتغيرات الموضوعية ما يلى :

(١) العمر عند بداية الإعاقة ، وما اذا كانت الإعاقة دائمة أو عارضة .

(٢) نوع البداية ، مفاجئة، صدمة، أو تتطور ببطء.

(٣) مقدار السمع أو البصر المفيد إذا كانت الإعاقة حسية. أو كيف يمكن أن يتحسن إذا كانت الاعاقة صحية .

(٤) التكهن للمستقبل.

ويقترح تشين وتشين Chinn &Chinn (١٩٧٤) متغيرين موضوعيين هامين يتطبقان على معظم الأطفال المعوقين . وقد يكون مجال : **تنوع الخبرات التى يتعرض لها الطفل مهماً بالنسبة لتوافقه**. ونظراً لأن الوالدين يعتقدان بأن طفلهما لديه قصور ، فإنهما يعتقدان خطأ أحياناً أنه لن يستفيد ولن يقدر التجارب التى يتعرض لها ويستمتع بها معظم الأفراد الأسوياء. ونظراً لأن الطفل لايستطيع أن يرى ، فقد يفترض الوالدان أن زيارة حديقة الحيوان أو نزهة فى السيارة يمكن أن تكون خبرات عديمة الجدوى. فالطفل قد لايستطيع رؤية الحيوانات، ولكنه يستطيع أن يسمعها ويستطيع أن يشمها . وقد لايستطيع رؤية كل المناظر على جانبى الطريق الذى تمر به السيارة، ولكنه يستطيع الاحساس بذبذبات السيارة وحركات التوقف والتحرك ورائحة الناس وكلنا يحس ببيئته كلية بجميع الحواس المتاحة .

ولحقبات طويلة كانت الحظائر النقالة playpens تستخدم لكبح حركة الطفل المعاق. وهذا القيد يقلل من قدرة الطفل على التحرك حوله ولكنه يعطى للوالدين حرية أكبر بعيداً عن الاشراف المباشر الدائم. ويتحمل معظم الأطفال قيود الحظيرة النقالة. والطفل الكفيف يقيد فى وسائل تطوير مهاراته المعرفية. ونظراً لأنه مقيد بصرياً ، فإنه يميل للاعتماد بشكل أكبر على حواسه السمعية وحاسة الشم والحاسة اللمسية أو الحركية. وهو يستطيع أن يسمع البيانو ولكنه لايستطيع أن يتخيل شكله إلا سُمح له بلمسه وأن يمر بأصابعه على لوحة المفاتيح. والزهرية أو أى أشياء فنية لاتستجيب للحواس السمعية أو الشمية ، يستطيع الطفل أن يعرف ما هيتها فقط عن طريق لمسها ورفعها . وهذه التجارب تنطوى على بعض الأخطار التى يمكن أن تضر بالطفل. وعلى آية حال ، فإن خطر عدم تعلم الطفل إذا لم تتح له تلك التجارب قد يكون أعظم الأخطار.

والمتغير الثانى الذى اقترحه تشين وتشين Chinn, Chinn (١٩٧٤) هو **توازن الرقابة داخل بيئة الطفل**. والطفل المعوق الذى يعتمد على الآخرين بشكل تام لاشباع حاجاته يمكن أن ينشئ احساساً بالعجز وفقد هويته الذاتية. ومن السهل

على الوالدين أو المدرس أن يفعلوا شيئا للطفل من قضاء ساعات طويلة ومرهقة فى تعليم مهارة مساعدة الذات، ولكن يجب أن يتم ذلك إذا أردنا أن يعتمد الطفل على نفسه.

وقد يحاول الوالدان أحياناً أن "يعطوا الحرية" لطفلهما المعوق باعطائه مميزات خاصة لاتعطى لإخوته الأسوياء. وهذا السلوك من جانب الوالدين يمكن أن يكون مدمراً لنظام الأسرة ككل. فقد يصبح الطفل أنانياً بشكل متزايد ويزداد اهتمامه بنفسه، بينما قد يكرهه إخوته الأسوياء.

حاجات الأطفال الأسوياء فى الأسرة

تركز غالبية المؤلفات التى تتناول أسر الأشخاص المعوقين اهتمامها على الطفل المعوق وعلى الوالدين. وبنفس القدر من الأهمية ، فانهم يهملون الأبناء غير المعوقين فى الأسرة. ويبدو أحياناً أن الكُتّاب ينسون أن الأطفال الأسوياء يشاركون فى الترقب لقدم طفل جديد فى الأسرة، ويشاركون أيضاً فى الحزن والألم الذى يعانى منه الطفل المعوق والوالدين. بالاضافة الى ذلك : فانهم يعانون غالباً من نقص الاهتمام والإهمال نظراً لأن الوالدين يركزان اهتمامهما وجهودهما على حالة الإعاقة. وهؤلاء الأطفال لهم الحاجات الأساسية التى يحتاجها الأطفال الآخرون. بالاضافة إلى ذلك ، فإن لهم بعض الحاجات الخاصة التى يجب تلبيتها لتحقيق التوافق الأنفعالى الايجابى لديهم . ومن هذه الحاجات - ما يلى :

١- التواصل :

إن قدوم طفل معوق يعتبر مشكلة أسرية شاملة. ومن هذا المنطلق، فإن الأطفال الأسوياء فى الأسرة بحاجة إلى المشاركة فى عملية الاتصال داخل الأسرة الشاملة ، وفى أغلب الأحيان يتم اتخاذ القرارات المرتبطة بحالات الإعاقة بدون مناقشة مسبقة أو تفسير للأعضاء الآخرين فى الأسرة . والأطفال الآخرون لديهم إحساسات ومشاعر كثيرة بشأن اخوتهم المعوقين ، ولديهم احساسات وهموم تخصهم شخصياً وهم يحتاجون إلى حرية نقل تلك الإحساسات لوالديهم.

وفى بعض الأحيان يتصل الوالدين بالأطفال الأسوياء بنوايا طيبة ولكن بأساليب غير ناجحة . وهم يفعلون ما يعتقدون أنه فى مصلحة الأسرة، ولكن ما يفعلونه قد لايكون ذا نتيجة إيجابية أو لا يكون فى مصلحة وحدة الأسرة. وإذا استطاعوا أن ينقلوا للآخرين ما يفعلونه ولماذا يفعلونه ، فإن كآبة الموقف يمكن أن تكون مفهوم سلبى للأطفال الأسوياء على الأقل .

ويذكر وينورث Wentworth (١٩٩٤) أن الأبناء الأسوياء يقررون أن أهم نصيحة للوالدين هى أن يكونوا آباء . فالعلاقات السليمة بين الوالدين والأبناء تقوم على الثقة. وتنشأ الثقة عندما يشعر كل من الأبناء والوالدين بالأمن فى احساساتهم وأن علاقاتهم تقوم على الأمانة . وهم يحتاجون لمعرفة سبب الإعاقة ، ومدى شدة العجز، ولماذا يحتاج أخوهم المعوق إلى رعاية ومعاملة خاصة وما هو التكهن بحالته. ان أسئلة الأطفال الأسوياء حول مشكلة أخيهم يجب أن يجاب عنها بأكبر صدق ممكن ، طبقا للعمر ومستوى الفهم.

٢- الأهتمام Attention

ثمت حاجة عظيمة أخرى للأبناء الأسوياء هى حاجتهم إلى الأهتمام بهم . إن قصص الأبناء الأسوياء المهملين فى الأسر التى بها طفل معوق لاتنتهى. ويتم إهمال هؤلاء الأبناء الأسوياء للعديد من الأسباب : إنهم يتعرضون للإهمال لأن الوالدين مثقلان بمسئوليات رعاية الطفل المعوق. وفى بعض الأحيان يهمل الآباء أطفالهم الأسوياء لأنهم يشعرون بذنب شديد لدرجة أنهم يشعرون أنه يتعين عليهم تكريس كل وقتهم للطفل المعوق.

وفى بعض الأحيان يهمل الوالدان أطفالهم الأسوياء لأنهم يحاولون الهروب من الأسرة ككل ، وهو ما يعتبر تهديداً لاحترامهم لذاتهم. وقد يهملون أطفالهم الأسوياء لأنهم يعملون بمقتضى فرض مؤداه : " أنهما غير ملائمين كوالدين لأنهما أنجبا طفلاً يعتبرانه عاجزاً ". وقد يعانى أطفال آخرون من الاهمال لأن والديهم ليسوا أكفاء كوالدين ولايمكن أن يعطوهم العناية الكافية بصرف النظر عن الموقف.

وهؤلاء الأطفال يكونون فى حاجة ماسة للاهتمام وإذا عجزوا عن تحقيق الاهتمام الذى يحتاجونه فى البيت، فقد يجدونه هذه الطرق غير المقبولة اجتماعياً فى البيت وفى المدرسة وفى المجتمع على حد سواء .

وفى قسم سابق من هذا الفصل، تحدثنا عن ترتيب ماسلو Maslow (١٩٥٤) الهرمى للحاجات بالنسبة للطفل المعوق ، وكانت إحدى الحاجات الاساسية هى الحاجة للانتماء والحب . فالآباء يمكن أن يحبوا أطفالهم ولكنهم يعجزون أحياناً عن التعبير عن حبهم بدليل نقص اهتمامهم. إن النقص الحقيقى أو المزعوم للحب من جانب الوالدين يجب أن يتم اشباعه من جانب شخص يمكن أن يعمل كوالد بديل يستطيع أن يشبع هذه الحاجة بشكل ما . ويجب على الأخصائيين المهنيين أن يحذروا الوالدين لتلافى ذلك السلوك المدمر.

٣- التعامل مع المشاعر السلبية :

أ - البغض Resentment

قد يكون للابناء فى الأسر التى بها حالة اعاقة مشاعر سلبية تتعلق بالأخ أو الأخت المعوق يمكن أن تؤثر على توافقه الأنفعالى. ومن بين ردود الفعل الشائعة التى قد توجد لدى الابن السوى تجاه أخيره المعوق هى الغضب . فقد يشعر بالغضب بسبب نقص الاهتمام الذى يلقاه والتفضيل الواضح للطفل المعوق. وقد ينشأ البغض لأن الاعاقة تمنع الأسرة من الخروج فى أنواع معينة من النزهات، ولأن العلاج النفسى ، التعليم والتربية الخاصة ... وخلافه تضع قيوداً مالية على الأسرة ، ولأن الطفل السوى يمكن أن يتحمل أنواعاً معينة من المسئوليات غير السارة مثل مرافقة الأخ المعاق. وقد يتمنى الطفل السوى وفاة الطفل الآخر أو على الأقل أن يخرج من البيت .

ب - الشعور بالذنب :

فقد يشعر الإبن السوى بالذنب . وقد يشعر بالذنب بسبب احساساته ومشاعره السلبية نحو الطفل المعوق. وقد يكون لديه شعور بالذنب لأنه كان محظوظاً

وسوياً بينما الطفل الآخر معوقاً .

جـ - الخـوف :

فقد يشعر الطفل السوى بالخوف . وعندما يكون هو الأصغر ، فقد يخشى على نفسه من فقدان البصر أو يصاب بالكساح . وعندما يتقدم فى السن قد يتملكه الخوف من امكانية تولى المسئولية الكاملة عن أخيه المعوق فى يوم من الأيام عندما يعجز والداه عن تقديم الرعاية .

د - الخجل والحرج :

وقد ينتاب الأبناء الأسوياء أحساسات أو مشاعر بالخجل أو الحرج . وقد يصابون بالحرج عندما يظهرون مع أخيهم ، ويحرجون من إخبار أصدقائهم ، ويتحرجون من دعوة اصدقائهم إلى البيت. ومن المفهوم لماذا تتردد المراهقة فى جعل صديقتها تأتى لاصطحابها من البيت إذا كان شقيقها المتخلف عقليا سئ السلوك ويبدو سلوكها لايمكن التنبؤ به .

وترى وينورث Wentworth (١٩٩٤) أن الحرج هو ثانى رد فعل عاطفى شائع عند الأبناء غير المعوقين. وترى أيضاً أن درجة الحرج قد تكون دليلاً على عمر كل من الطفل المعوق والطفل غير المعوق ونوع الاعاقة التى يعانى منها الطفل. فالطفل الصغير المعوق يبدى شكل الفرد العاجز الذى يحتاج إلى حنان الأمومة . وقد يكون من الأسهل على الأطفال الأسوياء وأقرانهم أن يقبلوا الطفل فى ذلك العمر. ولكن عندما يتقدم الطفل فى العمر ، ويصبح أكثر صعوبة فى السيطرة عليه، يكون مصدراً أكبر للحرج . والأطفال الكبار خاصة فى سنوات المراهقة يصبحون أكثر معرفة وأكثر تأثراً بقبول الأقران . ونظراً لأن المراهقين يمكن أن يكونوا قساة فى تعليقاتهم ، فإن الأبناء الأسوياء يزدادو حرجا عند سماع التعليقات البذيئة عن أخيهم أو أختهم المعوقة.

لقد كان فيلى وشريبر Feeley & Schreiber (١٩٩٥) يعقدان جلسة جماعية كل شهرين للأخوة الأسوياء للأطفال المتخلفين. وكانت المجموعة تلتقى لمدة

ساعة ونصف فى الجلسة الواحدة ولمدة ٨ شهور . وكانت بعض الهموم التى عبروا عنها تشمل:

١- كيف تخبر أصدقائك عن أخيك المتخلف عقلياً أو أختك ؟

٢- كيف تتعامل مع والديك عندما لايناقشون التخلف العقلى ومضامينة بالنسبة للأسرة .

٣- كيف تتعامل مع الذين يتكلمون بشكل عدائى عن المتخلفين عقلياً؟.

٤- هل التطلعات الوالدية لأدوار الأبناء الأسوياء عادلة ؟.

٥- ما هى مسئولية الأطفال الأسوياء تجاه الطفل المتخلف عقلياً فى حالة وفاة الوالدين؟.

٦- ماذا تفعل عندما لايحمل الوالدان أى حب للطفل المتخلف عقلياً؟.

٧- هل التخلف العقلى فى الأسرة يقلل احتمالات الزواج وهل هو وراثى؟.

وقد عقد جروسمان Grossman (١٩٩٢) برنامج مناقشة جماعى مماثل للمراهقين الذين لهم أخوة معوقون . وقد تضمنت هموم تلك الجماعة :

١- الخوف من المساواة بالطفل المعوق.

٢- نقص فهم امكانيات الطفل المعوق.

٣- كيفية تأديب أو تربية الابن المعوق عند القيام بدور بديل للوالد.

ويميل القدر المحدود من البحوث التى تتناول الأخوة الأسوياء للأطفال المعوقين إلى تأييد الفكرة القائلة بأن لديهم عدداً من الاحساسات والهموم القوية.

ونظراً لأن الأسرة تختلف كما يختلف أطفالها، فهناك ردود أفعال أو إحساسات ومشاعر قليلة يمكن أن يقال أنها شائعة بين كل الأبناء الأسوياء . ويمكن أن تكون الاحساسات الوالدية والاتجاهات وسلوك الوالدين تجاه أطفالهم عامل مهم فى رد فعل الابن السوى. وإذا فسر الوالدان قدوم الطفل المعوق كمصيبة عائلية، فإن الأبناء الأسوياء يمكن أن يستجيبوا بطريقة مماثلة . وعلى أى حال، إذا استطاعوا

تقبل الطفل، فقد يتوفر للأبناء الأسوياء ميل كبير لقبول أخيهم المعوق.

ولقد وجد جروسمان Grossman (١٩٩٢) فى دراسة عن اخوة الأفراد المتخلفين عقلياً أن الأبناء المنحدرين من بيئات اجتماعية واقتصادية مرتفعة لم يتأثروا بالطفل المتخلف عقلياً كما يحدث للأبناء فى البيئات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا . وأطفال الأسر الغنية لم يعانوا من أى أعباء مالية إضافية ناتجة عن الطفل المتخلف ، كما كانوا أقل مشاركة بسبب توفر المساعدة المنزلية. وأطفال الأسر المحدودة اقتصادياً يحملون مسئوليات كبيرة على عاتقهم . وبعض البنات كن يعملن كأمهات بديلات ولكن يتحملن المسئولية الاساسية عن رعاية الطفل المتخلف.

وقد حاول جروسمان Grossman أن يحدد أثر الطفل المتخلف عقلياً على الأبناء الأسوياء . وتم إجراء التجربة على أساس اختيارى . ويمكن استنتاج أن بعض الأبناء الأسوياء ذوى الإحساسات السلبية لم يشاركوا فى الدراسة عامدين. ورغم ذلك ، فقد وجد جروسمان Grossman أن ٤٥٪ من الأفراد استفادوا من تجربة وجود طفل متخلف فى الأسرة . وكان هؤلاء الأفراد يميلون إلى ابداء مزيد من الفهم والتسامح تجاه الناس بشكل عام والمعوقين بشكل خاص. وكانوا أكثر حساسية للتحيز ونتائجه وكان لديهم تقدير كبير لصحتهم وذكاءهم . وتؤيد نتائج جروسمان Grossman نتائج كرام Kramm (١٩٩٣) الذى وجد أن ٧٦٪ من بين ٥٠ أسرة بها أطفال مصابين بعرض داون استفادت من وجود طفل متخلف عقليا بين أعضائها . ووجد ميلر Miller (١٩٩٤) عدداً من الأبناء الأسوياء الذين عبروا عن مشاركتهم فى تنمية وتطور مهارات أخوتهم المتخلفين وأظهروا احساساً بالفخر لهذا الدور.

وعلى حين كان من المشجع أن نلاحظ أن عدداً من الأبناء الأسوياء فى دراسة جروسمان Grossman قد استفادوا من وجود طفل متخلف عقلياً، فمن المهم ملاحظة أن عدداً كبيراً منهم تأثروا تأثراً عكسياً. فقد عبر البعض عن إحساسات بالخجل والشعور بالذنب والبغض. وكانت احساسات الكره تتركز حول الأثر المزعج للطفل المعوق مثل : قلق الوالدين ، وإهمال الأطفال الأسوياء فى الأسرة.

إن ردود الفعل الممكنة للأبناء الأسوياء بشأن الطفل المعوق متعددة وحادة فى بعض الأحيان وتبدو الحاجة للحرية فى التعبير عن تلك الاحساسات ، والحاجة لمساعدتهم على التخلص من تلك الاحساسات واضحة . وعلى حين يكون العلاج النفسى والبرامج الجماعية التى تساعد الوالدين على التخلص من مشاكلهم أموراً هامة، فإنها هامة بنفس الدرجة بالنسبة للأبناء الأسوياء . ويتعين على الأخصائى المهنى ألا يهمل ذلك العضو المهمل من الأسرة ويجب أن يفعل كل ما بوسعة لاحداث توافق صحى للمشكلات التى تظهر .

إن قدوم طفل معوق يسبب صدمة لكل أعضاء الأسرة. ومن خلال جهود أفراد الأسرة وبمساعدة الأصدقاء المهتمين ، الأقارب والأخصائيين المهنيين تستطيع الأسرة أن تحقق ما يسمى بعودة التوازن . فالأسرة تستعيد ترابطها ، وتتوحد من جديد، وتبدأ فى العمل بشكل أكثر واقعية وفاعلية. والطفل المعوق يجد موقعه فى بنية الأسرة ، ويعطى ويأخذ والآباء لايلقون باحباطاتهم على أطفالهم ، كما أنه لايجعلون أنفسهم عبيداً للطفل المعوق. ويكرسون جهودهم لتلبية احتياجات الطفل المعوق، وحاجات غيره من الأبناء، بالاضافة الى حاجتهم الشخصية ويعودون الى المجتمع من جديد، ويبدأون فى الاستمتاع بالحياة الطيبة التى يستحقونها جميعاً.

المراجـع

١- أمال محمود عبدالمنعم (١٩٩٨) : فعالية برنامج ارشادى لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

٢- حسن مصطفى عبدالمعطى (١٩٩٣) : دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط النفسية التى يواجهها آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقليا. مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا.

3- Barsch. R.H.,(1968): The parents of the handicapped child. Springfield, Ill. : Charles C Thomas, Publisher.

4- Begab, M.J. (1966) :The mentally retarded and the family . In 1. Phillips (Ed.) Prevention and treatment of mental retardation. New York :Basic Books. Inc., Publishers.

5- Chinn, P.C., and Chinn, P.L.(1974) : The child with learning problems. In P.L. Chinn (Ed.) Child health maintenance: concepts in family centered care. St. Louis : The C.V. Mosby Co.

6- Chinn, P.C., Drew, C.J., and Logan. D.R.(1975) : Mental retardation : a life cycle approach. St. Louis : The C.V. Mosby Co.

7- Christiansen. J. (1969) :Theological implications of having a handicapped child. Panel discussion,University of Utah .

8- Farber, B. (1995) :Effect of a severely retarded child on family intergration. Monograph. Sociery For Research in Child Development. Antioch Press.

9- Farber, B. (1990) : Organization and crisis : maintenance of integration in families with a severely retarded child. Monograph, Society For Research in Child Development, Antioch Press.

10- Farber, B., and Rychman, D.B.(1965) : Effects of severely mentally retarded children on family relationships. Mental Retardation Abstracts.

11- Farber, N.W. (1986):The retarded child.New York : Crown. Publishers, Inc.

12- Froyd, H.E. (1973) :Counseling parents of severely visually handicapped children. New Outlook For the Blind.

13- Gallagher, J.J. (1965): Rejecting parents? Exceptional Children

14- Gayton, W.F. (1975) : Management problems of mentally retarded children and their family. Pediatric Clinics of North America.

15- Gayton, W.F., (1974) : and Walker, L.J. Family management of Down's syndrome during the early years. Family Physician.

16 - Gordon, S.(1975): Living fuly, New York : The John Day Co.

17- Gorham, K.A. (1975) : A lost generation of parents. Exceptional Children , 41 (8), 521-525.

18- Grossman, F.K.(1972) : Brothers and sisters of retarded children. Syracuse, N.Y.: Syracuse University Press.

19- Gaddie, L.F.& Range, L.M. (1992) : Families of children with different handicaps : How College students Perceive their stress and Functioning . College student Journal, 26 (2), 209-214.

20- Hart, N.W. (1970) : Frequently expressed feelings and reactions of parents toward their retarded children. In N. R. Bernstein (Ed.), Diminished people. Boston: Little, Brown & Co.

21- Hersey, W.J., and Lapidus, K.R. (1973): Restoring the balance, Pediatric Clinics of North America.

22- Hunter, M. H., Schucman, H., and Friedlander, G. (1972) : The retarded child form birth to five : a multidisciplinary program for the child and family . New York : The John Day Co.

23-Kaufman, A.V., Campell, V.A. & Adams, J.P. (1990) : A lifetime of caring Older parents who care of adult children with mental relation . Community Alternatives.Internal Journal of Family care, 2 (1), 39-54.

24- Minnes, P.M (1988) : Family resources and stress associated with having a mentally retarded child . American Journal of Mental Retardation, 93 (2), 184-192.

25- Rousey, A. & Best, B. & Blacher, J. (1992) : Mother's and Father's perception of stress and coping with stress who have severe disabilities. American Journal of Mental Retardation, 97 (1), 99-110.

26- Settezer, M. & Krauss, M.W. (1989) : Aging Parents with adult mentally retarded children : Families risk factors and sources of support . Special Issues: Research on Families. American Journal on Mental Retardation, 94 (3), 303-312.

27- Walker, L.S., Van Slykes, D.A.& Newbrough, J.R. (1992) : Families resources and stress: A Comparison of Families of Children with cystic Fibrosis, diabetes and mental retardation. Journal of Pedeatric Psychology, 17 (3), 327-343.

الفصل السابع
الأسرة والمرض النفسى

- مقدمة.
- الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسيين:
  - تحدى المرض النفسى للأسرة.
  - الأعباء الأسرية.
  - وصم العائلات بالعار.
  - الضغط من جانب أخصائى الصحة النفسية.
  - المعالجين وأقارب المرضى النفسيين.
- الخدمات التى تحتاجها أسر المرضى النفسيين:
  - الأستشارة النفسية الأسرية.
  - احتياجات الأسرة.
  - تقييم الأقارب للمساعدة المهنية.
  - ماذا تريد أسر المرضى النفسيين.
  - التشاور مع الأسرة.
  - دور الاخصائيين النفسيين كمستشارين للأسرة.
- علم النفس والمرض النفسى داخل الأسرة:
  - استجابة علم النفس.
  - الأسر تستجيب لنفسها.
  - كيف بدأ بناء الجسور.
  - الحاجة قائمة لمزيد من بناء الجسور.
  - تحديد جداول أعمال للمرض العقلى.

مقدمة

الأمراض النفسية فريدة فى أسبابها . وهى عبارة عن تصنيفات من الاضطراب يتم علاجها بأساليب طبية ونفسية ، ولكن ينظر إليها باعتبارها ناتجة عن سلوك الآخرين .

ويعانى حوالى ٣٠ مليون أمريكى من نوع أو أكثر من الاضطرابات العقلية ، ويشمل هذا العدد ٦ر١ مليون مريض بالفصام ، ٤ر٩ مليون يعانون من اضطرابات وجدانية (Taube & Barret , 1985). ويقدر أن أكثر من ٥ ملايين طفل مصابون بالتوحد autism والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات العقلية الهامة التى لو تركت بدون علاج تعوق النمو المعتاد . وهذه الإحصائيات الحديثة تعكس فى الشعور الأمريكى بالجملة الشائعة : " واحد من كل خمسة أمريكيين مصابون بمرض عقلى".

وبعض هؤلاء الملايين مشردون ، معزولون ، ويعانون من الوحدة ، ولايوجد نظام دعم أسرى للمرضى النفسيين ، ولا يهتم أحد بما إذا ماتوا أو ظلوا على قيد الحياة. ولكن معظم هؤلاء المرضى النفسيين الذين يبلغ عددهم ٤٢ مليون نسمه من البالغين والأطفال لهم أسر : والدين، أبناء، وآخرون يهتمون بهم ويشاركونهم حياتهم ومتاعبهم على السواء.

وأعضاء الأسرة هؤلاء بحاجة إلى كل المساعدة التى يستطيع علم النفس أن يقدمها كعلم أو كمهنة ، ليس فقط للمصابين ولكن لأعضاء الأسرة الآخرين كذلك . وكثير من علماء النفس فى ميادين الممارسة الاكلينيكية والبحوث أو المواقع الإدارية يعملون من أجل تقديم تلك المساعدة المطلوبة ، ولكن هناك فى الآونة الأخيرة بعض القصور . وقد يفيد تعزيز الاتصال وتحسين نظام الدعم لأعضاء الأسرة علم النفس بقدر ما يفيد الأشخاص المرضى النفسيين وأسرهم .

الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسين

رغم زيادة الأدلة على وجود الاستعدادللاصابة بالمرض ، ووجود عدد غير قليل من عوامل الضغط البيئية التى يمكن أن تعزز الاصابة بالمرض، فانه يستمر النظر

للأسرة كاحدى العوامل السببية خاصة فى مرض الفصام . بالاضافة لذلك فان البيانات المؤكدة التى تظهر نتيجة لتكرارات البحوث ، والنجاح المحقق للتدخلات التعليمية النفسية ذات الصلة قد حولت الاهتمام من البحث عن أسباب المرض إلى البحث عن احتمال تكرار الانتكاسة . وقد حذر الباحثون من أن الأحداث البيئية الأسرية تكون بحاجة إلى الاكتشاف. فالعديد من الأسر يمكن أن يصيبها الاضطراب من جراء امكانية النظر إليهم باعتبارهم مقدموا الرعاية الوحيدون للمرضى الذين لايدخلون المؤسسات . وهذا دور اجتماعى غير مرغوب يمكن أن يفضى إلى أفراد معرضين للمخاصر خاصة المرضى الذين يعيشون بين الولدين كبار السن، أو بين أطفال صغار ، أو بين الأقارب الآخرين الذين يمكن أن تتأثر صحتهم النفسية بمعايشة الأقران، والمآسى الناجمة عن الاضطراب النفسى الذى يعانى منه أحد أفراد الأسرة (Lefley, 1987).

وتظل مسألة الانحراف التنبؤى فى أسر الأشخاص المصابين بالمرض النفسى قائمة ، إذ حذر العديد من الباحثين من أن الانحراف فى هذه الأسر ، عندما يظهر قد يكون بمثابة رد فعل لتجربة المعيشة مع فرد يعانى من اضطراب عقلى . وعلى أية حال ، فقد ركزت وجهة النظر القائلة بالتفاعل بدرجة كبيرة على الاستجابات المماثلة للعيوب المعرفية وأساليب الاتصال الشاذة مع عضو الأسرة المصاب بالفصام ، وليس على الأثر المأساوى للمرض العقلى على نظام الأسرة. ورغم وجود ادعاءات بوجود : اضطراب معرفى بين أسر الأفراد المصابين بالمرض العقلى ، فإن القابلية للأسى القائم يدل على وجود قيمة وظيفية لأعراض مرض المريض ويعتبرونها أموراً متكررة. ومن ثم : يمكن النظر لأسر المضطربين عقلياً فى ضوء نموذج " القلق، التوافق، والتكيف" بأن تلك السلوكيات الأسرية بمثابة استراتيجيات توافق. وتمثل تلك الاستراتيجيات أنماط توافق ايجابية لمواجهة الضغط المزمن للمرض النفسى وأنماط الأزمات التى تصاحبه (Lefley & Hatfield , 1987).

ومن بين الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسيين - ما يلى :

أ - تحدى المرض النفسى للأسرة :

تواجه أسر المرضى النفسيين بعض التحديات القاسية التى تفرضها الحياة . على سبيل المثال : فإن والدى الأطفال المصابين بالفصام ، يؤدى المرض أحياناً إلى تحريف سلوك وشخصية أبنائهم بشكل كبير. ويولد ضغطاً لا حد له فى الأسرة إذا كان المريض يعيش فى البيت ويخلق ضغوطاً مالية مرهقة من أجل العلاج والرعاية المنزلية ، وقد توصم الأسرة كلها فى الوسط المحيط . وفى الغالب تتحمل الأسرة عبء تقديم الرعاية، حيث أن أكثر من ثلثى الرعاية التى تقدم للمرضى العقليين يقدم عن طريق أعضاء الأسرة (Lamb, 1984) .

ويعنى عدم الإلحاق بالمؤسسات deinstitutionalization فى نظام الصحة العقلية أن عدداً قليلاً من المرضى العقليين الكبار يقيمون بمستشفيات الصحة العقلية وغيرها من مواقع الرعاية طويلة الأجل . وبعض هؤلاء الناس يستطيعون المعيشة بمفردهم ، ويتولون حاجاتهم الخاصة من التطبيب أو أشكال العلاج الأخرى . والبعض الآخر يحتاج للمساعدة من جانب أفراد الأسرة فى إدارة مرضهم ، والملايين يعيشون مع أقاربهم ، الوالدين فى غالب الأحيان . ومواقف المعيشة تلك مواقف ضاغطة بشكل غير معقول فى غالبية الأحيان بسبب جوانب المرض المعقدة الكثيرة والتى لايمكن التنبؤ بها وبسبب الصعوبات العديدة التى ينطوى عليها العلاج وإعادة التأهيل. وتنهمك الأسر فى تلك التعقيدات ليس فقط بدافع الحب ولكن أيضاً بمقتضى المسئوليات القانونية (لكونهم الأوصياء الوحيدين على المريض العقلى الكبير) وذلك بسبب الحقيقة البسيطة فى أنهم موجودون ولا يوجد سواهم فى الغالب .

ونظراً لأن الأمراض العقلية الشديدة مثل الفصام يمكن أن تتطلب رعاية مدى الحياة، فإن أفراد الأسرة قد لايجدون الراحة من الضغط والجفاف فى مجالات أخرى من مجالات حياتهم . وفى إحدى الدراسات الحديثة ، وُجد أن متوسط عمر مقدمى الرعاية من الوالدين للأفراد المصابين عقلياً هو ٥٩ عاماً (Williams , Willam, Sommer & Sommer1986). وينزعج أفراد الأسرة بسبب

نضوب نوعية حياتهم خلال فترة طويلة من تقديم الرعاية بدون تفويض. وينزعج الوالدان عن الأثر على الأطفال الاخرين فى الأسرة، وينزعجون عما يمكن أن يحدث لعضو الأسرة المريض بعد وفاتهم.

ويقدم نظام الرعاية للمرض العقلى حلولاً ناقصة . اذ تختلف كل من الرعاية داخل المؤسسات والرعاية الخارجية اختلافاً كبيراً فى الجودة من مجتمع لآخر. وتقاوم مؤسسات الصحة العقلية العامة باستمرار عجز التمويل . إن خدمات التدخل فى الأزمات فى معظم المجتمعات غير كافية بشكل مخيف ، وكذلك الحال بالنسبة للخدمات النفسية الاجتماعية وخدمات إعادة التأهيل المهنى للأشخاص المختلين عقلياً . رغم الدليل المؤكد على نجاح كثير من برامج إعادة التأهيل التجديدى .(Backer ,Liberman, and Kuehnel,1986)

ب - الأعباء الأسرية :

أن التراث الذى يتناول أحداث الحياة المأسوية فى أسر المرضى يوجه أهتماماً لعوامل الضغط المستمرة أو المزمنة بدرجة أقل مما يوجه للأحداث المنفصلة . ومع ذلك فعند استعراض المقاييس التى تستخدم على نطاق واسع ، حول الأحداث الضاغطة المرتبطة بالمرض فسوف نجد أن كل حدث رئيسى يمثل علامة بارزة فى حياة كل فرد فى أسرة المريض النفسى ، ولكنك سوف لاتجد حقيقة أن أحد الأقارب المقربين أصبح مريضاً عقلياً وهى حادثة من الأحداث المدمرة المأساوية التى يمكن أن تتعرض لها الأسرة.

والأبحاث التى تتناول ضغوط المعيشة مع المرضى النفسيين نادرة نسبياً رغم أهميتها الاجتماعية البارزة فى عصر عدم اللجوء للمؤسسات. وعلى مدار السنين ظهرت أدبيات ضئيلة عن العبء العائلى، وكانت تغطى فئتين وصفيتين : " العبء الموضوعى" الذى يتناول المشكلات الموضوعية الفعلية، " والعبء الذاتى" الذى يتناول الألم النفسى الناجم عن المرض. وهناك دليل على شيوع العبء الموضوعى لدى الأسر التى يعانى أحد أعضائها من عجز عقلى أو عضوى منظور . وفى الغالب تتعرض الأسر لصعوبات مالية بسبب العقاقير الطبية والتبعية الاقتصادية للمريض ،

واختلال الوظائف الأسرية ، وتقييد الأنشطة الاجتماعية ، وتغير العلاقات مع الأصدقاء والأقارب بسبب زيادة مطالب تقديم الرعاية . ومن الأمور المألوفة أيضاً تركيز الانتباه على المريض مع الالتزامات المستمره التى تؤدى فى الغالب إلى اهمال أفراد الأسرة الآخرين(Black, et al., 1985). وفى حالات كثيرة : يتطلب المرض تبادل الأدوار والمهن من أجل تقديم الرعاية الأساسية. وقد أشار ثركلسين Therkelsen (١٩٨٣) إلى عدم الالحاق بالمؤسسات كقضية نسائية لأن رعاية المريض المزمن كانت عبر العصور تلقى على كاهل المرأة . وفى عالم اليوم فإن ذلك يعنى أن اختيارات العمل لدى المرأة سوف تكون محدودة بدون مكافآت تعويضية مقابل القيام بدور التضحية بالذات الذى لم يعد يلقى الاستحسان من المجتمع .

وهناك مكونات للعبء الموضوعى والعبء الذاتى خاصة بالمرض العقلى وبصرف النظر عن فئة التشخيص للمرض النفسى فان ، هناك دورات من الاستفحال وإنتكاس الأعراض مع أنماط مصاحبة من الأمل وخيبة الأمل بين أفراد الأسرة. ومن الناحية الموضوعية يعنى ذلك فشل المريض فى تنفيذ وظائف الدور الملائم للعمر بأى شكل من الأشكال . بالاضافة لذلك فان الأسر تنفق كثيراً من الوقت والجهد فى البحث عن المساعدة والتغلب على تعقيدات نظام الصحة العقلية، كما أن تفاعلاتهم مع مقدمى الخدمة غالباً ما تكون محبطة ومربكه ومهينة (Unger & Anthony, 1984) . وتتعرض الأسر لعوامل الضغط فى شكل أزمات دورية تتضمن تفاعلات مع خدمات الطوارئ أو الشرطة ، أو اجراءات الإيداع الاجبارى فى المستشفيات التى تضع الأسر فى موقف معاكس ضد مَنْ يحبونهم ، وصعوبة إيجاد بدائل ملائمة للايداع فى المستشفيات ، خاصة مع الأشخاص ذوى السلوك الشاذ أو المنحرف . والأثر السلبى للمريض على باقى أفراد الأسرة ، خاصة الأطفال والمراهقين ، هو الحزن المستمر ، ويمكن أن يؤدى إلى الحاجة إلى التدخلات الطبية وجيل جديد من أدوية العلاج النفسى.

وتسبب قضية ضبط السلوك توترات مستمرة بين المرضى والأسرة : فلابد أن يتعرض الأقارب كثيراً لسلوك عدوانى أو سلوك بذئ من المريض ، نوبات نفسية غير

متوقعة، وأحداث غير مقبولة اجتماعيا فى الأماكن العامة ، صراعات مع الجيران ، أنماط من ضياع النقود أو تبديدها ، ضعف صحة الشخص ، تدمير الممتلكات وأخطار الحريق، أنماط نوم عكسية تجعل الأسرة فى حالة يقظة ، ورفض العلاج الطبى رغم أنماط الانتكاس المعروفة. والأعراض الايجابية للمريض مثل البارنويا يمكن أن تتغير بأنماط سلبية من حالات اللامبالاه ونقص الانتباه ، وحالات الصمت الطويل . وفى أى الحالات : يُحرم أعضاء الأسرة من المزايا المتبادلة للتفاعل الإنسانى التى ينتظرها الناس ممن يحبونهم .

وتبين الدراسات المتعلقة بتجارب الأسر أثار الضغط على الصحة النفسية والصحة البدنية أحياناً لمقدمى الرعاية ، وعجز مقدمى الرعاية عن عمل الخطط الشخصية أو تحقيقها . وقلقهم عما سيحدث للمريض " عندما أرحل عن الحياة" خاصة بين الوالدين كبار السن للمرضى المزمنين . ويذكر المرضى أيضاً محنة القرارات الخاصة بالايداع الإجبارى فى المستشفى للأشخاص الذين يؤدى سلوكهم أو اهمالهم الذاتى تهديداً للحياة وشعوراً بالذنب بسبب ترك شخص محبوب لهم فى المستشفى ، والأوضاع الاجتماعية قليلة الجودة – وهى اختيارات غير سعيدة يكرهها المريض ويمقتها .(Lefley, 1987)

وربما كان أكثر عوامل الضغط تدميراً بالنسبة للأسرة هو معرفة كيفية التوافق مع غضب المريض بسبب حياة البؤس التى يعيشها . وحتى المرضى المنتكسين يكونون على علم دائماً بإعاقة أدائهم الوظيفى وأهدافهم المتواضعة فى المستقبل بالنسبة للآخرين فى مجموعتهم العمرية. وتحزن الأسرة غالباً على فقد الشخص المريض ، ولكن حزن المرضى أنفسهم على ضياع مراحل التعليم ، والطموحات التى لم تتحقق ، والمعيشة المقيدة يمكن أن تكون ضاغطة بشكل فريد بالنسبة لمن يحبونهم ويشعرون بألمهم .

جـ - وصم العائلات بالعار :

رغم أنه قد دارت مناقشة حول وصم ذوى المرض النفسى، فإن هذه الوصمة تمتد إلى أسرهم . وتقوم الحواجز الاجتماعية مراراً مع الأقارب المقيمين بعيداً . وقد

تؤدى سلوكيات مرضى الاضطراب النفسى إلى عزل العائلة ، وتبديد شهرتها وتعرض العلاقات بالأصدقاء والجيران للخطر.(Lefley, 1989)

وفى حالة المرض العقلى هناك أيضاً جزء وراثى يمكن أن يزيد من الوصمة الذاتية للأسرة . وكل من جماعة المهنيين والمجتمع يمكن أن يعكسوا قيمة تعطى رسالة خاصة باستحقاق الأسرة للوم بسبب توليد المرض أو تكراره ، ذلك المرض المدمر الذى يصيب الأحباب. ورغم نجاح العديد من الوالدين فى التغلب على الكابوس المرعب لمحاولة تقرير كيف ، ومتى، ولماذا وفى أى ظروف كان يمكن أن تؤدى سلوكياتهم لتلك النتائج الرهيبة – وقرروا أنهم ليسوا مسئولين بالضرورة عن مرض أبنائهم ، إلا أنه يتبقى لديهم شعور بالذنب لامبرر له . وغالباً لا يؤنب أفراد الأسرة أنفسهم بسبب الاستجابات الغاضبة للاثارة، والمطالب التى تكون ضاغطة ، والتطلعات التى ربما تكون عالية، والفشل فى التمييز بين السلوك الاختيارى وغير الاختيارى لدى الشخص الذى ينظر إليه على أنه مريض (Lefley,1987) .

د - الضغط من جانب أخصائى الصحة النفسية :

غالباً ما يتحمل والدى المرضى العقليين غير الملتحقين بالمستشفيات – والذين يظل كان كثير منهم مرضى لمدة ٢٠ سنة أو أكثر – يتحملون ضغوط حياة مرض أطفالهم الكبار نتيجة ازدهار الأفكار التى تشير إلى المرض الوراثى فى الأسرة ونماذج العلاج المرتبطة . بالاضافة إلى أن وسائل الاعلام تخبرهم أن هناك " عائلات تصنع الجنون " كما يتلقوا رسائل من ممارسى الصحة النفسية مؤداها ، كما يقول جولدشتين Goldsteine (١٩٨١) ، تخبرهم أن " مرض المريض كان خطأهم ، وأنهم يجب أن يذهبوا ملقين بالذنب، ويتركوا للأخصائى المهنى علاج الدمار " . وتتضمن التقارير الذاتية عن تجارب الأسر أربعة مصادر محتملة للخلل المرضى الوراثى ، وهذه المصادر تتضمن : الأثر النفسى المزعج للاستجابات التجنبية للاقتراحات الأسرية المرتبطة بالمعلومات والمساندة ، خاصة عندما تكون الأسرة فى حالة ضغط ، ورسائل مزدوجة ملزمة ، وأنماط تدخل يمكن أن تؤدى نتائجها إلى ابعاد نظام مساندة المريض ، ونبوءة مؤكدة يمكن أن تعزز أنواعاً معينة من السلوك فى تفاعلات الأسرة مع مقدم الرعاية .

ويُبين استطلاع أراء العائلات وجود سخط عام عن نظام تقديم الخدمة فى علاج الأشخاص ذوى الخلل العقلى الشديد. وهناك فشل واضح لهذا النظام فى تقديم المساعدة الجوهرية أو المعلومات للأشخاص الذين يقومون بدور رئيسى فى تقديم الرعاية أو استمرار الدعم . وتذكر الأسر وجود إحباطات فى محاولة استخلاص إجابات عن أسئلة مشروعة وفى التعامل مع اتصالات غامضة وأحياناً عدائية من جانب أخصائى الصحة النفسية . وعلى النقيض من الأستبعاد السابق لأعضاء الأسرة، فإن الممارسة المعاصرة تتمثل فى دفعهم إلى العلاج النفسى – حتى بدون معلومات واضحة ، والموافقة الظاهرة عن علم. وكثير من الأسر تنظر للعلاج الأسرى على أنه نموذج علاجى مفروض من أعلى وغير ملائم فى الغالب، بتجاهل حاجاتهم المعلقة فى إنشاء تطلعات ملائمة وإدارة السلوك الصعب.(McElroy, 1987).

وتشير نظرية الرباط المزدوج للمرض الوراثى إلى التنافر المعرفى الذى تثيره الرسائل المتناقضة من أخصائى الصحة النفسية . وهناك اختلاط للاختيارات فى التعامل مع المعالجين النفسيين المتعددين ذوى القناعات وطرق العلاج المختلفة، بالاضافة لذلك فان هناك توجيهات متضاربة حول السلوك الملائم لمقدمى الرعاية من أفراد الأسرة . وقد وصف ثيورر Thurer (١٩٨٣) مخاطر الصحة النفسية لمقدم الرعاية المثقل بالأعباء ، خاصة أم المريض العقلى الراشد المقيم فى البيت. فهى تعانى من ألم مرض طفلها ، والعار الذى يلحقها لكونها " سبب" ذلك المرض، وعبء متابعة خطة علاج يمكن ألا تكون واقعية من حيث الوقت والجهد والنقود من باقى أفراد الأسرة. وفى نفس الوقت فإنها تحاول أن توازن بين النصائح المتضاربة التى تتلقاها من الإخصائيين المهنيين .

وعندما لا تسير الأمور بيسر تلقى اللوم . وإذا اثنت طفلها عن مخاطر لا لزوم لها ، فقد تعتبر مبالغة فى الحماية . واذا شجعت الاستقلال وبحثت عن الالحاق السكنى، فقد تعتبر مهملة أو رافضة . وإذا امتنعت عن اتباع أى نصيحة مهنية ، يمكن أن توصف بأنها "مدمرة" (Thurer,1983) .

وكثير من الأسر تتعرض لمقالات فى وسائل الإعلام الشعبية تتناول تربية الطفل وفروض الملومية الوالدية عندما يعاق الأطفال عاطفياً . فهل تنشئ تلك النظريات على تنوعات من السلوك تتضمن تحقيق توقعات سلبية مدركة من المعالجين أو الباحثين؟ لقد تمت مناقشة نظريات الأختلال المرضى الوراثى لبعض الأسر فى الأدبيات ولكن هذه التساؤلات التجريبية للوصمة الذاتية فى الاستجابة العائلية لا تزال بحاجة إلى الحسم .

هـ - المعالجين وأقارب المرضى النفسيين :

هناك بعض الدلائل على أن المحددات الأساسية للعبء الأسرى -بما فى ذلك وصمة العار – تتعمم بين الأفراد بصرف النظر عن مستوى التعقيد أو سهولة الوصول لنظام العلاج . وفى دراسة شملت ٨٤ من أخصائين الصحة النفسية مع أعضاء من أسر مرضى نفسيين مزمنين ، وجد لفلى Lefley (١٩٨٧) أن المعالجين لا يختلفون عن أفراد الأسرة العاديين فى تقييمهم للعبء النفسى لسلوك المرضى. علاوة على ذلك : فإن إخصائى الصحة النفسية أثبتوا إنسجاماً مع أفراد الأسرة فى تخصيص الأولوية لاكتساب معلومات عن : الأعراض والمعالجات الطبية ، وأساليب التحكم فى السلوك ، والاشتراك مع جماعة دعم باعتبارها أهم الخدمات التى يمكن أن تقدم لهذه الأسر . ورغم حقيقة أن المشتركين فى الدراسة كانوا يقومون بالفعل بممارسة العلاج النفسى ، فقد اعتبروا أن الانضمام لجماعة الدعم الذاتى والانفصال المعيشى عن المريض بمثابة استراتيجيات توافق أكثر فاعلية من العلاج الفردى أو الأسرى . ومعظم هؤلاء الأخصائيين المهنيين الذين عايشوا المريض لسنوات طويلة ولاحظوا المسار التطورى والمسار اللاحق للمرض درسوا التاريخ المرضى للأسرة . وكان الأبناء يكرهون ذلك أكثر من الوالدين مما يوحى بأن الدفاع عن دور مزعوم فى سبب المرض لم يكن محدداً أساسياً للاجابة.

وعبر بعض المستجيبين عن الغضب فى تعليقاتهم على أثر نظريات أسباب المرض لتدريبهم السابق وعن عدم حساسية بعض الزملاء تجاه ألم الأسرة، ومع ذلك فقد كانوا غير مريحين فى مناقشة المرض النفسى لدى الأسرة مع الزملاء . وعند

إخضاعهم لأساليب "التخلى عن التكتم الشخصى"، أعرب ٢٦٪ فقط من العينة بأنه ليس لديهم أى شعور بالندم بشأن التحدث علناً عن الموقف ، بينما عبر ٢٦٪آخرون عن التردد الشديد. وقد ذكر أكثر من ٩٠٪ من المستجيبين أنهم استمعوا مراراً للزملاء وهم يبدون ملاحظات سلبية أو مهنية عن أعضاء الأسرة. ومع ذلك : ورغم أن ثلث العينة ذكروا أنه رغم عدم موافقتهم على ما يسمعون فقد لاذوا بالصمت . ومع التضارب حول دور ملائم لعضو الأسرة – المعالج ، فقد شعرت الغالبية بأنهم عاجزين أو غير مستعدين للاسهام بالمعلومات أو الخبرة للعلاج الناجح للحالة . وعلاوة على كل ذلك : فقد شعرت الجماعة بعدم الارتياح عن التحدث عن تجاربهم الشخصية أو زملائهم . ورغم أن ٧٢٪ مروا بالعلاج النفسى الشخصى لمعالجة أثر مرض قريبهم ، فقد كان هناك فى بعض الحالات تردد واضح للكشف الكامل عن احساساتهم بالغضب والتنافر المعرفى مع المعالج . وهكذا بالنسبة لإخصائى الصحة النفسية ذوى الأقارب للمختلين عقلياً، فإن عبء الأسرة يمكن أن يتفاقم بسبب الصراع على الأدوار بسبب الوصمة الواضحة من جانب الزملاء أو التناقضات المزعجة بين الخبرة والتدريب.

الخدمات التى تحتاجها أسر المرضى النفسيين

الاستشارة النفسية الأسرية :

لنبدأ الموقف الذى كانت تواجهه أسر الأفراد المرضى النفسيين قبل أواخر الخمسينات . ففى ذلك الوقت إذا ظهرت أعراض المرض العقلى الشديد على شخص محبوب ، فقد كان من السهل الوصول إلى الرعاية اذ كان المريض ينقل الى المستشفى ، سواء تم ذلك باختياره أو رغماً عنه . وكانت المستشفى تبعد عن مقر إقامة الأسرة لحماية الأقران من العناصر المثيرة للقلق فى المجتمع ، وكان المريض يظل فى المستشفى لعدة سنوات ، إن لم يكن طول حياته نظراً لأن العلاج لم يكن ناجحاً . ولم يكن هناك أى اتصالات بين الوالدين والأخصائيين المهنيين سوى الاتصالات الأولية التى كانت تقدم فيها النصيحة للأقارب بعدم توقع معجزة وأن يستأنفوا حياتهم فى البيت واضعين فى اعتبارهم أن المريض سيغيب لفترة طويلة .

وكانت زيارة المريض لاتلقى الترحيب للعديد من الأسباب ، ومن بين تلك الأسباب أن زيارات الأسره كانت تهيج المريض ، وبالتدريج : أصبحت الأسر بمثابة حامل للمرض الاجتماعى غير المحدد آنذاك . وبجانب ذلك : فإن تلك الزيارات كانت تضاعف من حزن الأقارب الذين كانوا يتعرضون مراراً للإزدراء وعدم تحسن الشخص المحبوب لديهم. وفى تلك الأحيان كانت العائلات تنعى حظها بشكل أو بآخر وتواصل حياتها متخففة من مسئوليات الرعاية المستمرة ، حيث كان يقوم بها المستشفى بشكل دائم .

لقد تغير الوضع كثيراً : إن ظهور المعالجين النفسيين عام ١٩٥٠ وتأكيدات السياسات الاجتماعية النفسية على عدم الإلحاق بالمؤسسات فى الستينات وحركة حقوق المرضى فى السبعينات كان لها أثر قوى على حياة كل من المرضى والعائلات. وفى الوقت الحالى ، يقدر أن ثلثى مرضى الأمراض النفسية فى الولايات المتحدة يعودون للمعيشة مع أسرهم (Goldman,1982). إن ما يربو على مليون مريض فى العام يعودون للمعيشة مع والديهم، ونصف مليون آخرين يعودون للمعيشة مع الأزواج والزوجات.

لقد استفاد كثير من هؤلاء المرضى من العلاج الطبى استفادة كبيرة من أنهم يعانون من مجموعة كبيرة من الأعراض المتخلفة ونواحى العجز والإعاقة. وتعرضهم للانتكاس لم يعد ظاهراً بسهولة معينة لاعادة إلحاقهم بالمستشفيات . ورغم أن الحقوق المدنية للمرضى مكفولة بشكل جيد والآثار السلبية للبقاء المطول فى المؤسسات لم تعد قائمة ، فإن الأسر تتحمل عبء رعاية أحد الاقارب شديدي المرض العقلى بدون معلومات كافية ، أو خدمات أو امهال وفى مناخ تغلب عليه العزلة والوصمة بالعار .

احتياجات الأسرة :

سواء أردنا وأرادت الأسرة أم لم تُرد ، فإن تلك الأسر تجد نفسها بشكل متزايد تلعب دوراً أساسياً فى شبكة تقديم الرعاية . ومن بين الاحتياجات التى تقوم بها الأسرة :

أ- خلق بيئة توازن بين حاجات المريض والأعضاء والأسوياء على السواء .

ب - ايجاد خدمات ، أو تحديد الخدمات الملائمة ، واللجوء إلى الخدمات الملائمة وترتيب عملية دفع النفقات، واقناع أقاربهم المرضى بالذهاب، والترتيب لعملية الانتقال .

جـ - معرفة كيفية التوافق مع أعراض المرض العقلى لدى الأقارب بما فى ذلك الأنسحاب الاجتماعى ، نقص الدافعية ، الحديث أو السلوك الشاذ والأفكار أو السلوك المدمر للذات.

د - معرفة كيفية التعرف على علامات التحذير بحدوث انتكاسة وشيكة والتصرف السليم إذا ظهرت تلك العلامات ، بما فى ذلك استدعاء الشرطة أو المشاركة فى عملية الارسال الاجبارى للمستشفى .

هـ - تقبل الصراع الحتمى داخل الأسرة والذى يحدث فى حالة وجود أناس نوى وجهات نظر متعارضة ، وأساليب توافق مختلفة ، أدوار أسرية وحاجات مختلفة فى ظل القلق والكبح المزمن.

و - التعامل مع قضية الاحساس بوصمة العار بتقرير مَنْ يخبر وماذا يخبر استجابة للأصدقاء أو أعضاء الأسرة الموسعة الذين يفضلون الابتعاد أو يوجهون اللوم للأسرة بسبب المرض وتقديم النصح الناضج .

ز - إيجاد طريقة للقضاء على الشعور بالذنب، الغضب ، الاحباط، الخوف ، وأهم من ذلك الحزن الدائم الذى يمكن أن يدمر . رغم أنه حزن معتاد تماماً .

ورغم ما هو معروف من أن العبء الأسرى لم يقيّم تقييماً سليماً ، فإن الدراسات تبين أن الأقارب يعانون من مشاكلات عاطفية، زواجية ومشكلات صحية نتيجة للمعيشة الدائمة فى موقف مثير للقلق. والأسر التى لديها مشكلات صحية أو مشكلات شخصية أو الذين يتعاملون مع مريض شديد الاضطراب يدفعون أعلى ثمن . علاوة على ذلك فإن البرامج التجديدية التى تخدم المجتمع التى تحسن دخل المريض لا تقلل عبء الأسرة بشكل جوهرى .

تقييم الأقارب للمساعدة المهنية :

حقيقة : لقد تغيرت الأوضاع جذرياً بالنسبة لأسر المرضى النفسيين خلال نصف القرن الماضي فهل حدث تغيير موازى فى نوع أو كم الخدمات المهنية؟. وتبين دراسات مسحية عديدة أن ذلك التغيير – من وجهة نظر الأسر – لم يحدث على الاطلاق. وقد ذكر هولدن ولوين Holden & Lewine (١٩٨٢) أن ٧٤٪ من الأقارب الذين تم استطلاع رأيهم كانوا غير راضين عن اتصالهم بالأخصائيين المهنيين العاملين فى مجال الصحة النفسية. وقد شكوا من نقص المعلومات المتعلقة بالمرض ، ونقص المساعدة فى قضايا الادارة العملية ، ونقص المساعدة أثناء الأزمات . وقد وجد هوتفيلد Hotfield (١٩٧٨) أن الأصدقاء والأقارب كانوا يقيسون العلاج بالقيمة المحسوسة لهذا العلاج من جانب مقدمى الرعاية من أفراد الأسر . وذكر نصفهم تقريباً أن خدمات الصحة النفسية غير ذات قيمة على الإطلاق . وذكر أيضاً أنه لايوجد ارتباط بين ما حدده الأقارب كحاجات خاصة بهم والتركيز الفعلى للاهتمام فى موقف العلاج النفسى . وقد أوضح ماك ألروى McElroy (١٩٨٧) وجود عدة انفصالات بين آراء الاخصائيين المهنيين وآراء الأقارب .

وكانت شكاوى الأسر من نوعين أولاً ، فهم يذكرون أنهم يعاملون باهمال ، ويبدو الوضع كما لو كانوا لايزالان فى فترة البيمارستانات حيث كان هناك القليل مما يعرفه أخصائيو الصحة النفسية وما يستطيعون عمله سوى حماية الأسرة من عبء الرعاية المستمرة . وينتج الإهمال أيضاً عن التمسك الصارم بنموذج طبى يتجاهل أثر المرض على الشبكة الاجتماعية والآثار المتكررة لاضطرابات تلك الشبكة على المريض.

وفى حالة المرضى الداخليين : يؤثر نقص الوقت ، والإزعاج ، واللوائح التى تعطل العمل سلبياً على استعداد المعالجين لقضاء الوقت مع أسر المرضى (Bernheim & Switalski,1988). وبالنسبة للمرضى الخارجيين : فإن التفسيرات الصارمة للتنظيمات السرية وزيادة الاعتماد على نموذج واحد للرعاية أثبت أنه غير ملائم لهؤلاء الأفراد كان لها نتيجة سيئة مماثلة .

ومحور الشكوى الثانية هو أن ما يمارس كعلاج نفسي أسري ننظر إليه باعتباره محدثاً للشعور بالذنب ، ومثبطاً ومحبطاً (Grundebaum,1984)، وبتكرار الأسى يكون جدول أعمال الأسرة مختلفاً عن جدول أعمال المعالج النفسي. ونموذجهما للمرض العقلي لا يتطابقان ، وأهدافهما للجلسات تكون غير متشابهة . ولا تلتقي أفكارهم حول ما يعتبر تدخلات مفيدة . ولأسباب كثيرة فإن الأسر يمكن ألا تتيح لأخصائيّ الصحة النفسية أن يعرفوا شعورهم بضآلة المساعدة التي يقدمها هؤلاء الأفراد بشكل مباشر. وعلى الأقل فان سخط الوالدين على العلاج النفسي الأسرى أكثر من ادراك هذا السخط من جانب إخصائي الصحة النفسية.

ماذا تريد أسر المرضى النفسيين :

ان كثيراً من أسر المرضى النفسيين تحتج بشدة على معاملتها مثل معاملة "المريض غير المحدد" . وهم يجدون هذه الفكرة مضادة للبداهة كما أنها مهينة ، ولا تؤدى إلى مساعدة مثمرة. وعلى الجانب الآخر ، فإنهم يحتجون بنفس الدرجة من الشدة بسبب تجاهلهم . وما يجدونه مفيداً معروف جيداً الآن .

وأسر المرضى النفسيين تريد بشكل عام مزيجاً من المعلومات ، التعليم، فرصاً للتنفيس الانفعالي والدعم ، وتوفر الأخصائيين المهنيين أثناء الأزمات ، والاتصال بالأسر الأخرى التي لديها صعوبات مماثلة . وهي ترغب في فهم ما يشكل تطلعات معقولة من جانبهم بالنسبة لأقاربهم المرضى وكيف يستطيعون المساعدة على شفائهم . ويودون أن تكون لهم مشاركة رئيسية في العلاج والتخطيط لتسديد النفقات . كما أوضح وينج وكرير Wing & Creer (١٩٧٤) وهولدن ولوين Holden & Lewine (١٩٨٢) فإن توقعات الأقارب من المهنيين متواضعة بشكل عام وكلها يقع في نطاق الممكن.

التشاور مع الأسر : دور جديد :

ماذا سنسمي ذلك النوع الجديد من الخدمة التي بدأنا التعرف عليها الآن ونقدمها لأسر المرضى النفسيين ؟ لقد سميت مزاراً " المشورة المساندة للأسرة" وهو لفظ يؤكد على اهتمام تلك الخدمة بالقوى التوافقية وليس بالمرض نفسه

(Bernheim,1982)، كما يمكن جعلها نوع من التعليم" وهى بذلك خدمة لاتصيب الأسرة بالخزى ، فهى " تعليم نفسى" وهو لفظ يحاول أن يشير إلى شئ أبعد من التعليم الذى يُعد ويُقدم (Hogart , Anderson & Reiss,1980). بالإضافة لذلك فان هذه الخدمة هى نوع من "العلاج السلوكى الأسرى " الذى يركز على جانب بناء المهارات . وعلى آية حال، فإن اللفظ الجديد يُشعر كل من العاملين فى مجال حركة الأسرة وفى مجال العلاج النفسى للأسرة أنه يعبر عن العمل وهو التشاور مع الأسرة" Family Consultation.

إن افتراضات العلاقات التشاورية عديدة:

أولاً : أن الذى يحصل على الاستشارة يفترض أنه كفء ، رغم أن لديه معلومات فى مجال يتوفر لمقدم المشورة خبرة خاصة به ، ويوجد الآن نموذج لسلوك الأسرة يمكن أن يؤيد هذا الفرض الأول. وعلى ذلك يتأتى أن الهدف الأول للمستشار هو جلب معلومات تُعد لمساعدة طالب الاستشارة على تقويم الموقف والاختيار فيما بين بدائل العمل الموجودة.

ثانياً : أن طالب المشورة يحتفظ بسلطة الاختيار . فالأهداف تحدد بواسطة طالب الاستشارة (ربما بعد مناقشة متبادلة للآراء المختلفة) . وإذا كان أخصائىّ الصحة النفسية يطبقون هذا المبدأ على عملهم ، فإن ذلك يعنى أنهم يجب أن يعترفوا بآثار المعالجة الطبية الوراثية iatrogenic ويجب أن نتعرف على الأشكال المختلفة للمساعدة المهنية المتاحة والتى قد تكون أكثر قوة بالنسبة لبعض الأسر على الأقل ، من أى شئ يمكن أن نقدمه لهم .

ثالثاً : تتم المشورة بناء على طلب طالب المشورة ، ومن أجل طالب المشورة . وإنها لعبة عادلة للمستشارين المنتظرين أن يحاولوا اقناع طالبى المشورة المنتظرين أن الخدمة يمكن أن تكون ذات فائدة بالنسبة لهم . ولكن لايمكن فرض الوصاية على الاستشارة نفسها . ويمكن أن يوحى تطبيق هذا المبدأ ضرورة : أن نتوقف عن طلب المشاركة الأسرية أثناء علاج العضو المريض. ونستطيع أن نقترح ونشجع ونتزلف أو نقنع ولكن لا نصر.

رابعاً: يمكن حدوث عدة أشياء عقب الاستشارة . وثمة شئ يمكن أن يحدث هو لا شئ . فقد يشعر طالب الاستشارة أن الحاجات الحالية تمت تلبيتها أو أن ما يقدم لايكفى لتلبية حاجته أو حاجاتها . وفى عملنا : قد يختار طالب المشورة الالتحاق بجماعة دعم الأسر ، ويكتسب معلومات أكثر عن المرض من خلال القراءة ، أو التدريب على بعض أنواع المهارات أو العلاج النفسى – الفردى ، أو الزواجى، أو الأسرى أو الجماعى، ويمكن اختيار أى توليفة من تلك الأمور.

إن دور والتزامات المستشار واضحة تماماً . وبعد تقديم معلومات كافية للسماح لطالب المشورة بتحديد الأهداف والاستراتيجيات يقرر المستشار ما إذا كان لديه الخبرة والاهتمام لتقديم الخدمة (إذا كانت هناك حاجة لمزيد من الخدمة) . وإذا كان الأمر كذلك ، يتم التفاوض على العقد. واذا كان الأمر على عكس ذلك ، فإن المستشار يمكن أن يحول الأمر الى خبير أكثر ملائمة أو على الأقل يقدم النصيحة الأساسية عن كيفية العثور على ذلك الخبير . وهذا يعنى أن الممارسين المدربين فى مجال العلاج النفسى الأسرى ولكن معلوماتهم محدودة عن الأسباب كان لهم أن يحاولوا تقديم خدمة دائمة لأقارب الشخص المختل عقلياً بدرجة كبيرة.

ويقوم الاستشارى بتقييم كفاءة خدمته طبقاً لكيفية تلبيتها للرغبات الظاهرية المعلنة لطالب المشورة . ويعتبر رضا العميل ، وليس تحقيق جداول أعمال منفصلة ، هى النتيجة الجوهرية . والمشوره تسبق وتكون كامنة فى نسيج الخدمات التى تؤدى بالفعل الى تقليل فرص الانتكاسة .

دور الأخصائيين النفسيين كمستشارين للأسرة

كمعالجين ، يتمتع علماء النفس والأخصائيين النفسيين بخبرة خاصة تمكنهم من تقديم الخدمة لأسر الأفراد المرضى النفسيين . وخلفيتنا فى الادارة السلوكية تضعنا فى موقف مثالى لتقديم المشورة للأسرة والمعالجين عن البيئات التأهيلية النامية . وخبرتنا فى التدريب على المهارات يمكن أن تكون فى المتناول كذلك فى أن الأقارب يستفيدون غالباً من التدريب على حل المشكلات، ومهارات الاتصال وادارة القلق .

والبعض منا الذين يعملون فى مجال الخدمة العامة ، عليهم التزام خلقى وأدبى بتوسيع نظرتنا لكى تشمل الاهتمام بأعباء أقارب المرضى . وقضايا السرية وتضارب المصالح فى العلاقة العلاجية تتطلب الحساسية ولكن يجب ألا تشكل حواجز لهذا العمل.

علم النفس والمرض النفسى داخل الأسرة

استجابة علم النفس :

لمدة مائة سنة تقريباً كان علماء النفس يدرسون ويبحثون فى المرض النفسى وقدموا اسهامات كثيرة لعلم أسباب الأمراض ، والتشخيص والعلاج لمرضى الفصام وغيره من الاضطرابات النفسية، وكان علماء النفس فى مقدمة الممارسين للعلاج القائم على المجتمع، الذين يساعدون الأشخاص المرضى على تطوير المهارات المطلوبة للمعيشة المستقلة.

وقد قدم كثير من علماء النفس دعماً هاماً لأفراد الأسرة على التوافق مع المرضى النفسيين المحبوبين من خلال الخدمات التى تقدم فى مواقف الصحة العقلية، ومن خلال تقديم المشورة وعلاج أعضاء الأسرة كأفراد . وقد تحققت الميزه غير المباشرة من خلال اسهامات علم النفس فى تلك المجالات مثل التعامل مع القلق وحسم الصراعات الأسرية التى تظهر بسهولة فى الأسر التى بها شخص مصاب عقلياً.

ولكن استجابة علم النفس كانت غير كاملة . وهناك مشكلات كثيرة تشمل مايلى :

١- هناك جهل كبير بين الأخصائيين النفسيين فى الممارسة الفردية وفى مؤسسات الصحة النفسية بالقضايا التى تهم الأسر والتحديات المعيشة العملية التى تواجهها الأسر عندما يصاب أحد أفرادها بمرض نفسى (مثل الحاجة إلى رعاية تعويضية، الأعباء المالية، مشكلات الأبناء ، الصراع الزواجى بين الوالدين، الوصمة بالعار فى المجتمع، مشكلات تتعلق بالنظام القانونى، وغير ذلك).

٢- هناك نقص فى خدمات المشورة والخدمات العلاجية لأفراد الأسرة أنفسهم.

٣- استمرت النظريات القديمة عن الأسر كعامل سببى فى تطور الأمراض النفسية الرئيسية مثل الفصام ، ونقل تلك المعتقدات إلى الأسر يعمق شعورهم بالذنب والاحساس بالخزى . وقد تم استبعاد مثل تلك النظريات بدرجة كبيرة فى نطاق علم النفس، ولكنها مستمرة بين الممارسين الذين لا علم لهم بأحدث البيانات العلمية.

٤- هناك نقص فى الاتصال بأفراد الأسرة حول القضايا المتعلقة بعلاج الشخص المريض وإعادة تأهيله وعدم اشراك الأسرة بشكل كامل فى التخطيط للعلاج (وهى عملية هامة ، خاصة بالنسبة للأسر التى تتحمل مسئولية تقديم الرعاية).

وقد يتوفر لأفراد الأسرة فهما محدوداً لأدوار الأخصائيين النفسيين فى نظام الصحة النفسية ونشاطهم فى مجال البحث. علاوة على ذلك ، فان الأسر التى تعرضت لتجربة سيئة مع أحد الأخصائيين النفسيين (أو حتى التى سمعت عن أسرة حدثت لها مثل تلك التجربة) . يمكن أن تصنف بطريقة خاطئة كل علماء النفس باعتبارهم " ضد الأسرة" أو " جاهلون بقضاياها" . وفى واقع الأمر : فإن العديد من علماءالنفس يتعاملون مع قضايا الأسرة بنوع من الحساسية أو بعضهم يمارس ويكتب انطلاقاً من كونهم أعضاء أسرة أيضاً. والبعض الآخر يعكس فهماً شاملاً لقضايا الأسرة، ويتعاملون مع موضوعات مثل سوء استغلال المرضى النفسيين.. وهذه القضية خاصة بمرض الفصام كمرض عقلى أو الوصمة (Backer, 1986).

إن ما سبق ليس مقصوداً كاتهام ولكنه مجرد اعتراف بالعنف البشرى والجهل الموجودان فى العلاقة الجديدة بين علماء النفس وأفراد الأسرة. وهذه مجرد دعوة لتعزيز وتوسيع العلاقات الفعالة القائمة بالفعل بين كثير من علماء النفس الفرديين وأفراد الأسرة.

الأسر تستجيب لنفسها :

كجزء من مشاركة المواطن فى الصحة النفسية ، وعدم إلحاق المرضى النفسيين بالمؤسسات ، ونمو نظام الصحة العقلية للجماعة. أصبحت الأسر أكثر

نشاطاً عن ذى قبل فى رعاية أفراد الأسرة المصابين بمرض نفسى. وكان أهم تطور وحيد هو ذلك الذى حدث فى الولايات المتحدة الأمريكية حيث تم إنشاء التحالف القومى للمرضى النفسيين عام ١٩٧٩، وهو مؤسسة دعم وتعليم أصبح لها الآن أكثر من ٨٥٠ فرعاً فى جميع أرجاء الولايات المتحدة ويمثل أكثر من ٧٠٠٠٠ أسرة . وقد نشأ التحالف القومى للمرضى النفسيين كجماعة من جماعات الدعم المتبادل ، وامتد الآن ليشمل الجهود التعليمية والتجمع على المستوى المحلى ومستوى الولاية والمستوى الفيدرالى. ورغم أن التحالف القومى للمرضى النفسيين شخصيات مألوفة ، فقد كان رئيس التحالف القومى للمرضى العقليين عضوا فى لجنة الاختيار لايجاد مدير جديد للمؤسسة القومية للصحة النفسية . ويعتبر الاتحاد القومى للبحوث فى ميدان مرض الفصام والاضطرابات العاطفية ، وهو مؤسسة خدمية تهتم بتدبير الاعتمادات المالية للبحوث فى أسباب وعلاجات الأمراض العقلية الحادة نتيجة مباشرة من نتائج التحالف القومى للمرضى العقليين.(Baker & Richardson, 1989).

كيف بدأ بناء الجسور :

إن أول اتصال مستمر هام بين جمعية علم النفس الأمريكية والتحالف القومى للمرضى العقليين – وهما المؤسستان اللتان تمثلان الجماهير ذات المصلحة – قد تم حديثاً . ففى الاجتماع السنوى فى أغسطس ١٩٨٧ لجمعية علم النفس الامريكية فى مدينة نيويورك تم عقد اجتماع مشترك للمؤسستين مع استعراضات قدمها الرؤساء المنتخبون والمديرون التنفيذيون للجمعيتين ويعطى تخطيط هذا المؤتمر توضيحاً مفيداً لكلا التحديين اللذين يواجهان علماء النفس وأفراد الأسرة وبعض الحلول الممكنة التى يمكن أن تتوفر .

وفى أواخر عام ١٩٨٦ دارت مناقشة موسعة حول التجارب السلبية التى تعرض لها ممثل التحالف القومى للمرضى العقليين عندما كان متحدثاً زائراً فى اجتماع جمعية علم النفمس الأمريكية عام ١٩٨٦. لقد تعرض المتحدث لهجوم لفظى من جانب أحد علماء النفس من الجمهور: "ألا تعرفون أنتم يا أعضاء الأسرة أنكم

مسئولون فى الحقيقة عن مرض أبنائكم؟" . وتلا ذلك صمت من جانب علماء النفس الموجودين فى هيئة المتحدثين ومن الجمهور . وبعدم كلامهم ، كان علماء النفس يدعمون هذه النظرة غير الصحيحة التى عبر عنها هذا الشخص بشكل غير مباشر. وقد تعزز تحيز دائم لعلماء النفس . وكانت النتيجة عدم استعداد بين زعماء التحالف الأمريكى للمرضى العقليين حتى للتفكير فى مزيد من التفاعل.

وثمة محنة أخرى هى أن ذلك حدث فى مجال العلاقات المحسنة بدرجة كبيرة بين الأسر وجمعية العلاج النفسى الأخرى. لقد طور العلاج النفسى اتصالاً ايجابياً مع التحالف القومى للمرضى النفسيين، وأوضح علماء النفس متحدثين رسميين لحركة الأسرة .

وعلى ذلك فقد تم اقترح " بناء جسور" بين علماء النفس وأسر المرضى النفسيين، بدءاً بالمؤتمر المشترك ، الذى حضره أكثر من ٢٠٠ شخص وضم كل من علماء النفس وأعضاء الأسرة. وهذا المؤتمر الذى استمر نصف يوم رمز إلى بداية تحسن الاتصال والمشاركة . وقد عبر رئيس جمعية علم النفس الأمريكية استركلاند بونى Strickland Bonnie عن أمله فى امكانية عقد اجتماع سنوى مشترك. وقد عقد المؤتمر الثانى " لبناء الجسور" ارتباطاً باجتماع يونيو ١٩٨٨ السنوى للتحالف القومى لعلماء النفس فى كولورادو، وتبع ذلك عديد من المؤتمرات السنوية التى أرست قواعد التواصل بين أسر المرضى النفسيين والتحالفات والجمعيات النفسية على مستوى العالم .

الحاجة قائمة لمزيد من بناء الجسور:

يمكن اتخاذ خطوات أخرى لتعزيز الاتصال وبناء مشاركة سليمة بين علماء النفس وأسر المرضى العقليين.

١- الاتصالات المشتركة : أن مطبوعات أقسام " علم النفس والتى تتناول توجهات علماء النفس يجب أن تكون فى متناول أسر المرضى النفسيين. وهناك تفكير فى خطط لاعداد مقالات عن موضوعات لخدمة أسر المرضى النفسيين . وثمة خطوة تالية قد تكون إعداد اتصال مشترك عن المبادئ والممارسات الخاصة

بالخدمات النفسية لعائلات المرضى النفسيين ، لكى تنشر على جميع المستويات.

٢- العمل المحلى : تستطيع جمعيات علم النفس تقديم فرص اتصال عن طريق المؤتمرات والمطبوعات بالاضافة الى التعرف على أفراد الأسرة ، ويمكن انشاء فرصاً مماثلة بواسطة فروع تحالفات للمرضى العقليين على مستوى كل دولة وعلى المستوى المحلى لكل مجتمع ، بالتعرف على علماء النفس فى أقاليمهم الذين يقدمون خدمات فعاله لأفراد الأسرة .

٣- برامج التدريب : يمكن تصميم برامج تعليم قبل الخدمة ومستمرة لعلماء النفس لتوفير المعلومات الحديثة عن القضايا والاهتمامات الأسرية . وبالمثل يمكن تقييم التعليم لأفراد الأسرة عن النظرية والتطبيق فى مجال علم النفس، مثلما يقدم فى الاجتماعات المحلية لجمعيات رعاية المرضى النفسيين.

٤- تحديد جدول الأعمال : يستطيع علماء النفس وأفراد الأسرة الاتصال - فيما بينهم ومع الهيئات التشريعية والجمهور - بشأن جداول أعمال السياسة العامة المتعلقة بخدمات وبحوث الصحة النفسية(Baker&Richardson, 1989).

تحديد جداول أعمال لمواجهة المرض النفسى داخل الأسرة :

فى يناير ١٩٨٨ مثّل دونالد ريتشاردسون التحالف القومى للمرضى العقليين للاعداد لمشروع صحة الأم فى القرن الحادى والعشرين برعاية إدارة الصحة العامة والمعهد الطبى. وكل التوصيات الخمسة عشرة التى تم تقديمها لجلسات يناير ١٩٨٨ لادارة الصحة العامة والمعهد الطبى تشعبت إلى علم النفس، مما يمثل أول قطع فى إعداد جداول الأعمال ، والتى يمكن مواصلتها سنوياً من جانب ادارة الصحة العامة والتحالف القومى للمرضى العقليين وهى :

١- يجب تحقيق المساواة فى تمويل البحوث المتعلقة بالمرض النفسى بالنسبة لاهتمامات الصحة العامة الأخرى بزيادة مخصصات بحوث الاضطرابات النفسية لمستويات تتناسب مع مستوى نفقات الفرد بالنسبة لأمراض السرطان وتصلب الشرايين المتعددة. ونظراً لأن الكثير من الباحثين فى مجال

الصحة العقلية والجامعات المختلفة هم من علماء النفس ، فان علم النفس يمكن أن يستفيد بشكل مباشر من هذا الجهد . وسوف تتأكد مصداقية البحوث المرتبطة بالصحة النفسية والتى يقوم بها علماء النفس.

٢- إن مبادرة الفصام التى قدمها المعهد القومى للصحة العقلية والالتزام بدعم تلك المبادرة ومحاولات الأبحاث الأخرى طويلة الأجل نسبياً يجب أن تستمر من خلال التمويل المضمون - ونفس المنطق ينطبق هنا . وبشكل خاص ، يتم الاستفادة من أبحاث الصحة النفسية التى قام بها علماء النفس فى السنوات العديدة الأخيرة .

٣- يجب عمل خريطة وراثية شاملة خلال الحقبة القادمة. ويمكن أن يؤدى الفهم الجيد لاسهامات الوراثة فى الصحة العقلية الى تسهيل البحث فى مجال الانحرافات السلوكية وكيف تنشأ خلال فترة الحياة.

٤- يجب تقديم حوافز لعلماء النفس الشبان لكى يدخلوا ويظلوا يعملون فى مجال بحوث الصحة العقلية بحيث تحدث زيادة أساسية فى عدد الباحثين خلال السنوات العشرة الأولى من القرن الحادى والعشرين ... ويمكن أن يكون علماء النفس من بين العلماء الشبان الذين يتأثرون بتلك الحوافز ، ويمكن أن تتأثر برامج تدريب خريجى علم النفس تأثراً ايجابياً بهذا التطور . وبالفعل تقوم جمعية علم النفس الامريكية بالاشتراك مع التحالف القومى للمرضى العقليين باعداد منحة سنوية لتشجيع جهود البحث لعلماء النفس للشبان، ويجب أن تحزو حزوها جميعات علم النفس فى كل بلدان العالم والجمعية العالمية للصحة النفسية، ومنظمة الصحة العالمية.

٥- العلاجات الطبية الحديثة التى لها أثار جانبية عكسية أقل من الأدوية الحالية يجب أن تطويرها لعلاج المرض النفسى. ويجب أن تهتم مراكز البحوث العالمية فى مجال الصحة العقلية بشدة بتلك الأبحاث، والمنتجات التى تنشأ بمشاركة المشروعات الخاصة ، ويجب أن تشمل قيود براءة ملائمة لتحديد السعر وضمان توفر الأدوية وامكانية الحصول عليها . ويمكن أن يشترك علماء النفس فى تلك

البحوث لأن الآثار السلوكية الجانبية من بين أهم الآثار التى يجب دراستها فى معظم العلاجات . علاوة على ذلك ، يستطيع علماء النفس المساعدة فى إعداد واختبار العلاجات السلوكية لتقليل الآثار الجانبية التى لايمكن التخلص منها .

٦- يجب نقل كل المرضى العقليين من المؤسسات الاصلاحية، ويجب استبدال الوظائف العقابية والاحتجازية بعناية وعلاج حقيقيين.

٧- يجب الغاء القاعدة التى تقضى بمعاقبة الأشخاص المرضى العقليين فى بيوت التمريض أو المؤسسات الداخلية أو تعديلها . ومرة أخرى، تؤيد القيم الأخلاقية لعلم النفس تغيير تلك السياسة . وبزيادة عدد علماء النفس الذين يدخلون مجال الاستشارة والعمل فى مؤسسات الرعاية طويلة المدى ، وهذا التطور يمكن أن يتيح مزيداً من الفرص لتقديم خدمات نفسية للمرضى النفسيين.

٨- يجب إعداد برنامج متكامل لإسكان وعلاج المرضى العقليين. لقد تم إجراء بحوث عظيمة على نظم الخدمة المتكاملة للمرضى النفسيين بواسطة علماء النفس ، ويمكن أن يكون تحرك علماء النفس إلى نظام الاسكان والعلاج المتكامل جزءاً من الهدف الذى قدرته الجمعية العالمية للصحة النفسية .

٩- يجب إنشاء نظام تدخل عند وقوع الأزمات فى جميع الأرجاء ويمكن أن يسمح باستجابة علاجية سريعة فى الأزمات النفسية بدون الضرورة للنقل للمؤسسات العلاجية . لقد طالب علماء النفس الموجودين فى مراكز الصحة النفسية ، إدارات الشرطة وغيرها من المؤسسات المجتمعية بضم الإخصائيين المهنيين المدربين فى مجال علم النفس إلى فرق التدخل فى الأزمات .

١٠- يجب توسيع مؤسسات العلاج على الأقل إلى المستوى المعبر عنه فى التشريع الذى يقضى بخلق مراكز صحة عقلية فى المجتمع . ويعمل كثير من علماء النفس فى الاستشارة أو مراكز الصحة العقلية ، وكثير منهم يتمتعون بمهارات قد تكون مفيده فى المواقف المجتمعية إذا ما حدث ذلك التوسع.

١١- يجب أن يزداد التاكيد على محاربة وصمة المرض العقلى من خلال الاعلام

العام . لقد تزعم علماء النفس دراسة الوصمة وأثرها على المرضى النفسيين، وأسرهم والمجتمع. وكثيراً ما لعب علماء النفس أدواراً هامة فى إعداد تعليم عام وحملات فى وسائل الاعلام عن المرض النفسى. مثال ذلك تلك الندوة الدولية التى نظمتها روزالين كارتر عن الصحة العقلية فى أكتوبر ١٩٨٨ ، والتى خصصت للدراسة متعددة المناهج للطرق التى تستطيع بها وسائل الإعلام تثقيف الجمهور حول المرض النفسى .

١٢- يجب إعطاء أولوية عليا لتقليل الانتحار بين الأشخاص المختلين عقلياً. ولم يكن الاهتمام المهنى من جانب علماء النفس بقضية الانتحار كبيراً . وبعض وسائل التدخل الفردى الهامه كانت مبنية على السلوك ، وعلماء النفس منهمكون بدرجة كبيره باعداد مناهج أسرية ومجتمعية لمواجهة تلك المشكلة .

١٣- يجب إنشاء برامج تعويض للعملاء وعائلات المرضى النفسيين ، لقد تعامل علماء النفس مع إدارة الضغوط والوقاية فى مختلف المجالات وكانوا من بين الرواد فى إعداد رعاية تعويضية فى مجالات ذات ارتباط مثل الخدمات التى تقدم لكبار السن .

١٤- يجب اعداد سياسة رعاية طويلة الأجل تعكس حقيقة أن كثيراً من مقدمى الرعاية الأسرية من كبار السن . لقد زاد دور علم النفس فى الرعاية بعيدة المدى فى السنوات الأخيرة من نمو مؤسسات مثل منظمة علماء النفس فى نيويورك لتقديم الرعاية بعيدة المدى وعمل بعض علماء النفس المؤثرين مثل كارول ويندلاند Caroll Wendland فى مؤسسة بيفرلى. ويستطيع علم النفس أن يسهم بطرق كثيرة فى إعداد سياسة إنسانية قليلة التكلفة يمكن أن تقدم خدمات خاصة للمرضى النفسيين مع مقدمى الرعاية العائلية للكبار.

١٥- يجب تعزيز جمع البيانات ، خاصة فيما يتعلق بنظم بحوث الخدمات لاخبارنا بما يصلح ولماذا ، والبحث فى أسباب المرض عند حدوث مشكلات بين المرضى النفسيين ، مثل التشرد والايدز . ان تراث علماء النفس القوى فى مجال البحث

يضعهم في مقدمة نظم بحوث الخدمات وبحوث أسباب الأمراض في المعهدالقومى للصحة العقلية وفي مواقف أخرى . والنشاط المعزز في هذا المجال يمكن يتيح مزيد من الاستفادة الفعالة من علماء النفس في تلك البحوث التطبيقية وكذلك تقديم قاعدة معرفة مفيدة لتطوير بحوث علم النفس والخدمات المتعلقة بمشاكل الصحة الحرجة مثل الايدز .

وكما يستدل من هذا التحليل الموجز ، فإن علماء النفس وأسر الأفراد المضطربين عقلياً لديهم الكثير من الاهتمامات المشتركة. وعن طريق العمل معاً ، يمكن أن تحصل الأسر والأعضاء المضطربين عقليا على خدمات قيمة والمعرفة التى يقدمها علم النفس أكثر كثير مما يمكن أن يستمد من عملية التعاون الوثيق .

وعلم النفس له فرصة التواجد "في مكان العمل" بالنسبة لمجموعة هامة من جداول الأعمال وتكوين تحالف مبكر ذا جمهور قوى يسمع صوتهم بشكل متزايد .

المراجـع

١٥- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٤): البناء النفسى المميز لخصائص شخصية أبناء المرضى النفسيين. مجلة كلية التربية - جامعة أسيوط ، العدد ١٠، المجلد الثانى .

2- Backer, T.E., (1986) : Powers untapped : Mass media depiction of mental illness .In. J.J. Houpt (Ed.), Proceedings of the First International Rosalynn Carter Symposiu on Mental Health Policy (pp. 18-29). Atlanta : Carter Center.

3- Backer, T.E., Liberman, R.P., & Kuehnel, T. (1986) . Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. Journal of Consuling and Clinical Psychology, 54, 111-118.

4- Backer, T.E. & Richardson (1989) : Building bridges : Psychologists and families of the mentally ill. American Psychologist, 44, 3, 546-550.

5- Bernheim, K.F., & Switalski, T. (1988): Mental health staff and patients' relatives : How they view each other, Hospital and Community Psychiatry, 39, 63-68.

6- Bernheim , K.F.(1989) : Psychologists and families of severely mentally ill : The role of family consultation. American Psychologist, 44, 3, 561-564.

7- Black, M.M., Cohn, J.F., Smull, M.W., & Crites, L.S. (1985) : Individual and family factors associated with risk of institutionalization of mentally relarded adults. American Journal of Menal Deficiency, 90 (3), 271-276.

8- Creer, C., & Wing, J.K.(1974). Schizophrenia at home. London : Institute of Psychiatry.

9- Goldman, H.H. (1982) : Mental illness and family burden : A public health perspective. Hospital and Community Psychiatry, 33, 557-560.

10- Grunebaum, H. (1984) : Comments on Terkelsen's "Schizophrenia and the family : II, Adverse effects of family therapy". Family Process, 23, 421-428.

11- Hatfield, A. B. & Lefley, H.P. (1987) : Families of the mentally ill : Coping and adaptation , New York : Cuilford.

12- Hogarty,G.E., Anderson, C.M., Reiss D. J. Komblith, S.J., Greenwald, D.P., Javna, C.D., Madonia, M.J., & Environmental/ Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after-care treatment of schizophrenia : 1. One year effect of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archives of General Psychiatry. 43,633-642.

13- Holden, D. F., & Lewine, R.R. J. (1982) : How families evaluate mental health professionals, resources, and effiects of illness. Schizophrenia Bulletin, 8, 628-633.

14- Lamb,H.R. (Ed.) (1984), The homeless mentally ill : A task force report of the American Psychological Association. Washington, DC. American Psychological Association.

15- Lefley.H.P. (1987), The family's response to mental illnessin a relative. In A. Hatfeld (E.d.). Families of the menally ill: Meeting the challenges (New Directions in Mental Health Services No. 34.pp 3-21). San.

16- Lefley, H. (1989) : Family burden and family stigma in major mental illness. American Psychologist, 44, 3, 556-560.

17-McElroy, E. (1987) : Beat of a diffierent drummer, In A . B Hatfield & H. P. Lefley (Eds.) , Families of the menally ill : Coping and adaptaion (pp. 225-243).New York : Guiford.

18- Taube, C.A., & Barrett, S.A. (Eds.). (1985) : NIMH: Mental health, U.S. 1985 (DHHS Publication No. ADM 86-1378). Washington, Dc. U.S. Government PrintingOffice.

19- Torrey, E.F. (1985) : Surviving schizophrenia. New York : Harper & Row.

20- Thurer, S.L. (1983) . Deinstitutionalization and women: Where the buck stops.Hospial & Community Psychiatry. 34 (12), 1162-1163.

21- Unger, K.V., & Anthony, W.A. (1984) : Are families satisfed with services to young adult chronic patiens? A recent survey and a proposed alternative (New Directions for Mental Health Services No. 21, pp. 91-97) . San Francisco : Jossey - Bass.

22- William , P., Williams, A., Sommer, R., & Sommer, B. (1986). A survey of the California Alliance for the Mentally Ill . Hospital and Community Psychiatry, 37 (3), 253-255.

فهرس المحتويات

تابع / ... فهرس المحتويات

الموضـــــــوع	رقم الصفحة

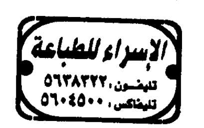
تابع / ... فهرس المحتويات

تابع / ... فهرس المحتويات

الموضـــــــــوع	رقم الصفحة

تابع / ... فهرس المحتويات

الموضـــــــــــــوع	رقم الصفحة


الإسراء للطباعة
تليفون: ٥٦٣٨٣٢٢
تليفاكس: ٥٦٠٤٥٠٠